Pierre Jarlan et Stephanie Gaumond

INTER-MEMO

Fiches de synthèse illustrées

Synthèses & mots clés

ENC

Modules 1 à 11

Sybille MERCERON
Alexandra MESNER

Tome 1

VG
Éditions Vernazobres-Grego

Pierre Jarlan et Stephanie Gaumond

INTERNAT - MEMOIRE

SYNTHESES & MOTS CLES



Tome I – Modules 1 à 11

S. MERCERON - A. MESNER

Editions
Vernazobres - Grego
99, bd de l'Hôpital - 75013 PARIS
Tél : 01 44 24 13 61

ISBN 2-84136-511-5

Pierre Jarlan et Stephanie Gaumond

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

« Mieux vaut une tête bien faite qu'une tête bien pleine ». C'est pourquoi nous avons décidé d'écrire cet ouvrage pour la révision de l'ENC.

Il regroupe les **mots clés,** apparaissant en bleu, que nous pensons être les plus importants pour chacune des questions des **11 modules** de **l'ENC.**

Ce manuel n'est **pas exhaustif,** mais permet de faire une **synthèse** des questions de façon **didactique** et **systématique** avant les examens de modules de D2 à D4, puis, à terme, de l'ENC.

Il vous encouragera à **éviter** les **impasses,** en vous apportant **l'essentiel** des petites questions, oubliées parfois mais pouvant faire la différence le jour du concours.

Bon courage à tous !
Les auteurs.

REMERCIEMENTS

A nos parents

A Emmanuel et Sylvain pour leur soutien

A Etienne Gayat et Jérémie Lefèvre pour leur relecture attentive

A Patrick pour sa patience et sa confiance.

MODULE 1
APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MEDICAL

N°1 : La relation médecin, malade

N °2 : La méthodologie de la recherche clinique.

N° 3 : Le raisonnement et la décision en médecine. La médecine fondée sur les preuves. L'aléa thérapeutique.

N°4 : Evaluation des examens complémentaires dans la démarche médicale : prescription utiles et inutiles.

N° 5 : Indication et stratégie d'utilisation des principaux examens d'imagerie.

N ° 6 : Le dossier médical. L'information du malade. Le secret médical.

N° 7 : Ethique et déontologie médicale : droits du malade ; problèmes liés au diagnostic, au respect de la personne et à la mort.

N°8 : Certificats médicaux : décès et législation. Prélèvements d'organe et législation

N°9 : Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office

N°10 : Responsabilité médicale pénale, civile, administrative et disciplinaire

N°11 : Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles.

N°12 : Recherche documentaire et autoformation. Lecture critique d'un article médical. Recommandations pour la pratique. Maladies orphelines.

N°13 : Organisation des systèmes de soins. Filières et réseaux.

N°14 : Protection sociale. Consommation médicale et économie de la santé.

LA RELATION MEDECIN, MALADE - N°1

I-Quelques mots clés :

- Respect des droits du malade :
- Information
- Consentement
- Dignité
- Autonomie
- Ecoute et soutien.

II-Annonce d'une maladie grave :

- Annonce avec circonspection
- Respect de la dignité
- Empathie

III-La maladie chronique :

- Prise en charge à 100% (ALD)
- Prise en charge personnalisée et multidisciplinaire
- Education
- Associations de malades
- Soutien psychologique
- Support écrit simple et thématique de la gestion du quotidien
- Projet pédagogique

N °2 - LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE CLINIQUE

I- Réglementation (loi Huriet-Sérusclat)

Les acteurs :

1) Le promoteur : responsable légal, assurance.

2) L'investigateur :

- Informe et recueille le consentement. Ce consentement :
  - est libre et éclairé et donné par écrit après information loyale, claire et intelligible sur les bénéfices, risques, contraintes et méthodes.
  - peut être retiré à tout moment.
- Demande l'avis du CCPPRB et de la CNIL.

3) Le CCPPRB :

- Vérifie la pertinence scientifique
- Assure la protection des personnes et l'adéquation à la loi.

II- Méthodologie :

1) Phases d'un essai clinique :

- Etape préclinique sur l'animal : phamacocinétique, toxicité
- Phase 1 chez les volontaires sains : tolérance, pharmacocinétique
- Phase 2 chez les malades : efficacité
- Phase 3 chez les malades : contrôlé, randomisé, double aveugle.
- Phase 4 post AMM : pharmacovigilance.

2) Conditions de validité d'un essai :

- Critères d'inclusion et d'exclusion définis préalablement
- Critère principal d'évaluation unique
- Essai randomisé, contrôlé en double aveugle
- Calcul du nombres de sujets nécessaires préalablement (taille de la différence à mettre en évidence, variance, risque alpha, puissance)
- Analyse en intention de traiter
- Différence statistiquement significative et cliniquement pertinente

LE RAISONNEMENT ET LA DECISION EN MEDECINE LA MEDECINE FONDEE SUR LES PREUVES. L'ALEA THERAPEUTIQUE - N° 3

I- Raisonnement :

Signes fonctionnels → examen clinique → hypothèses diagnostiques → examens complémentaires éliminent les diagnostics fréquents et graves → diagnostic → traitement

II- La médecine fondée sur les preuves : revue critique de la littérature en prenant compte de l'expérience du médecin et du choix du patient.

III- Aléa thérapeutique = risque pour la santé lié à l'application des techniques de soins.

Loi du 4 mars 2002 définit la responsabilité sans faute, assurant la réparation d'un préjudice au titre de la solidarité nationale à partir d'une IPP>24% et d'une ITT > 6mois.Il est géré par le CRCI.

EVALUATION DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES DANS LA DEMARCHE MEDICALE : PRESCRIPTION UTILES ET INUTILES - N°4

I- Evaluation des examens complémentaires :

1) Validité d'un test :

- Interne :
  - intrinsèque : sensibilité et spécificité (indépendantes de la prévalence)
  - extrinsèque : VPP et VPN (dépendante de la prévalence)
- Externe : reproductibilité, rendement, exactitude

Sensibilité=A /A+C
Spécificité=B/B+D
VPP=A/A+B
VPN=D/C+D

	Malades	Non malades
Test +	A	B
Test -	C	D

2) Gain diagnostic = probabilité pré-test – probabilité post-test

- positif=VPP-prévalence
- négatif=prévalence-VPN

II- Courbe ROC : DESSIN

Permet d'identifier le seuil diagnostic à choisir pour obtenir un rapport entre sensibilité et spécificité optimale.

En ordonnée la sensibilité / en abscisses le % de faux positif (1-spe)

N° 5 - INDICATION ET STRATEGIE D'UTILISATION DES PRINCIPAUX EXAMENS D'IMAGERIE

Règles régissant la demande d'imagerie :

- N'est pas systématique
- Ne peut prendre la place de l'examen clinique
- Est sous tendue par un faisceau d'argument clinique
- Chez l'enfant priorité aux examens non irradiants
- Avant chaque demande il faut se demander : « qu'est-ce que cet examen va apporter à la prise en charge de mon patient »

N ° 6 - LE DOSSIER MEDICAL. L'INFORMATION DU MALADE LE SECRET MEDICAL

I- Dossier médical :

Il contient les informations nécessaires au diagnostic, traitement et suivi du patient.
Il doit être conservé au moins 30 ans.
Loi du 4mars 2002 : le patient a accès à son dossier :

- Si dossier < 5ans : délai entre 48h et 8j.
- Si dossier > 5 ans : délai < 2 mois.

II- Information du patient :

Elle est régie par la loi du 4 mars 2002, le code de la santé publique, le code de déontologie médicale.
Selon l'ANAES, elle doit :

- Etre hiérarchisée
- Présentée les bénéfices attendus avant leurs inconvénients
- Etre compréhensible, loyale claire et appropriée sur l'état du patient, les investigations et les soins.

En cas de litiges : c'est au médecin de prouver qu'il a informé son patient.

III- Le secret médical :

Il n'est pas opposable au patient. Le patient ne peut pas délier le médecin du secret médical.
Pour violer le secret médical, il faut :

- Un confident
- Une intention coupable
- Un acte de révélation

En cas de violation du secret médical :

- Sanction pénale : 1 an d'emprisonnement + 15000 euros d'amende.
- Sanction ordinale : du blâme à la radiation.
- Réparation civile : dommages et intérêts

ETHIQUE ET DEONTOLOGIE MEDICALE : DROITS DU MALADE ; PROBLEMES LIES AU DIAGNOSTIC, AU RESPECT DE LA PERSONNE ET A LA MORT - N°7

I- Principes de la déontologie médicale :

- Primauté de la personne,
- Liberté du patient,
- Responsabilité et indépendance professionnelle,
- Confraternité.

II- Droits du malade :

- Protection de la santé
- Respect de la dignité
- Soins visant à soulager la douleur
- Protection de la vie privée

III- Principes d'une réflexion éthique dans les décisions difficiles :

- Respect de l'autonomie du patient,
- Obligation de compétence
- Solidarité
- Respect de la personne

IV- Recours à un comité d'éthique multidisciplinaire qui émet une réflexion.

N°8 - CERTIFICATS MEDICAUX : DECES ET LEGISLATION. PRELEVEMENTS D'ORGANE ET LEGISLATION

Nous prendrons comme exemple le certificat de coups et blessures.

I- Règles générales d'établissement des certificats

- Après examen clinique obligatoire
- Préciser : date, nom et prénom du patient, nom du médecin
- Allégations du patient au conditionnel et faits constatés.
- Résultats d'éventuels examens complémentaires
- Conclusion en déterminant une ITT
- Porter la mention : « établi à la demande de l'intéressé et remis en mains propres »
- Signature

Les conséquences médico légales :

- L'établissement d'un certificat engage le médecin sur les plans pénal et disciplinaire.
- Pour les coups et blessures :

Si ITT < 8 jours (volontaires) ou < 3 mois (involontaires) : tribunal de police
Si ITT > 8 jours (volontaires) ou >3 mois (involontaires) : tribunal correctionnel

II- Préciser les principes de la législation concernant le décès et l'inhumation

1) le décès : rédaction d'un certificat médical précisant +++ :

- Constatation d'une mort réelle et constante
- Obstacle médico-légal

2) l'inhumation est obligatoire entre 24 h et 6 jours suivant le décès.
Sauf :

- Maladie contagieuse
- Obstacle médico légal
- Prélèvements en vue de rechercher la cause du décès

III- Préciser les principes de la législation concernant le prélèvement d'organes.

- Etat de mort encéphalique :
  - Clinique : absence de conscience

absence d'activité motrice
absence de ventilation spontanée
absence de réflexes du tronc cérébral

  - Paraclinique : 2 EEG aréactifs à 4 heures d'intervalle
- Absence d'inscription du donneur sur le registre national du refus à l'EFG, s'informer auprès de la famille
- Constat du décès par 2 médecins dont un réanimateur
- Etablissement doté d'une autorisation spéciale
- Equipe de prélèvement différente de l'équipe de transplantation
- Dignité du patient : restitution décente du corps.

HOSPITALISATION A LA DEMANDE D'UN TIERS ET HOSPITALISATION D'OFFICE - N°9

I- Hospitalisation à la demande d'un tiers : art.L3212-1 (code de santé publique)

-*Indications* : toute pathologie psychiatrique compromettant l'adhésion aux soins.

-*Modalités d'application* : 3 pièces :

- demande d'admission du tiers
- 2 certificats médicaux

-*Conséquence :* hospitalisation en service fermé dans son secteur.
-*4 modalités de sortie* : rétraction du tiers, non production d'un certificat médical de surveillance, production d'un certificat médical par un psychiatre, décision judiciaire.

II- Hospitalisation d'office : art L3213-1 (code de santé publique)

-*Indications* : toute personne dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public et la sûreté des personnes.

-*Modalités d'applications* : 2 pièces :

- 1 certificat médical établi par un psychiatre extérieur à l'établissement d'accueil ou un non psychiatre de l'établissement d'accueil.
- 1 arrêté préfectoral

-*Conséquences* : hospitalisation en service fermé dans son secteur.
Certificats de contrôle périodiques transmis au préfet

-*3 modalités de sortie* : décision préfectorale, certificats médicaux établis par 2 psychiatres experts, décision judiciaire

N°10 - RESPONSABILITE MEDICALE PENALE, CIVILE, ADMINISTRATIVE ET DISCIPLINAIRE

I- Responsabilité civile : obligation de réparer un dommage causé à autrui.

- Elle est contractuelle (entre médecin libéral et patient) et délictuelle (celle de tout citoyen).
- Il appartient au patient d'apporter la preuve d'un préjudice, d'une faute du médecin et du lien de causalité entre faute et préjudice.

II- Responsabilité pénale : il appartient au ministère public d'apporter la preuve du dommage, de l'infraction, et du lien de causalité entre les deux.

Par exemple : non assistance à personne en danger, violation du secret médical, faux certificat.

III- Responsabilité administrative : vise les agents publics et s'exerce devant les tribunaux administratifs. L'Etat se substitue au médecin.

4 types de fautes :

- faute médicale,
- faute de soins,
- faute d'organisation du service,
- faute détachable du service.

Le médecin assume sa responsabilité pénale.

IV- Responsabilité disciplinaire : tout manquement aux règles de déontologie

Le patient porte sa plainte auprès du conseil départemental qui la transmet au conseil régional de l'ordre des médecins.

Sanctions : avertissement → blâme → interdiction d'exercer dans le secteur public ou social → interdiction temporaire d'exercer → radiation du tableau de l'ordre des médecins.

PRINCIPES D'UNE DEMARCHE D'ASSURANCE QUALITE ET EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES - N°11

I- A l'hôpital

Accréditation= système de reconnaissance externe d'une démarche d'assurance qualité- géré par l'ANAES après établissement des référentiels.

La procédure comprend :

Une autoévaluation par l'établissement de santé → audit obligatoire par des experts → rapport d'experts→ un collège d'accréditation examine et valide le rapport qui est public → ce collège accorde l'accréditation pour 5 ans avec ou sans recommandations et en l'absence de réserves.

II- En ville

- Démarche volontaire du médecin libéral
- Géré par les unions régionales des médecins libéraux et l'ANAES
- Modalités : évaluation collective ou individuelle

RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET AUTOFORMATION. LECTURE CRITIQUE D'UN ARTICLE MEDICAL. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE. MALADIES ORPHELINES - N°12

I- La recherche documentaire :

- Identification des données grâce à des banques de données : Internet, littérature grise, sommaire des revues.
- Selection du type de document, de publication, d'étude, de la méthodologie et de la population étudiée

II- Lecture critique d'un article médical : une méthode : IMRAD

- Introduction
- Méthodology
- Results And
- Discussion

L'abstract : 1er critère de qualité d'un article.

III- Règles d'élaboration des recommandations et conférences de consensus

- Recommandations= synthèse de données dispersées rédigées par un groupe de travail multidisciplinaire sans résoudre de controverse.
- Conférences de consensus= présentation publique de rapports d'experts faisant la synthèse de connaissances sur un nombre limité de questions ; le but est de résoudre une controverse.

IV- Les maladies orphelines :

- Prévalence < 1/30000 cas en France.
- Recherche par internet (orphanet)

N°13 - ORGANISATION DES SYSTEMES DE SOINS. FILIERES ET RESEAUX.

I- Organisation des systèmes de soins en France

1) les soins hospitaliers

= service public hospitalier (établissements publics+ établissements privées participant au SPH + service de santé des armées) et établissement à but lucratif

Ils sont régis par la loi de 1970 :

- Soins égaux pour tous
- Prise en charge des urgences 24 h/24
- Education et prévention
- Formation médicale continue
- Soins aux détenus
- Soins adaptés à l'évolution des techniques.

2) les soins de ville

=médecine privée + médecine préventive + centres de santé.

Ils sont caractérisés par :

- Le libre choix de son médecin par le patient
- Liberté de prescription
- Respect du secret médical

II- Les filières et réseaux de soins

1) filière :

= trajectoire de soins des patients, elle est «coordonnée» par le médecin traitant.

2) réseaux

= forme organisée d'action collective apportées par des professionnels en réponse à un besoin de santé.

3 mots clés :

- Avoir un référentiel (par exemple : guide de bonne pratique)
- Avoir un dossier médical commun
- Evaluation régulière du réseau.

III- Le système conventionnel français.

= contrat formalisant les relations entre la sécurité sociale et les médecins libéraux.

Il existe 3 secteurs conventionnels :

- Secteur 1 : à honoraires opposables (3/4 des médecins)
- Secteur 2 : à honoraires libres mais fixés « avec tact et mesure ».
- Secteur 3 : médecins non conventionnés.

PROTECTION SOCIALE. CONSOMMATION MEDICALE ET ECONOMIE DE LA SANTE - N°14

Protection sociale

I- 4 risques pris en charge par la sécurité sociale

1-Santé : assurance maladie (CNAM, CPAM), maternité, invalidité, décès.
2-Vieillesse : CNAV (caisse nationale d'assurance vieillesse), assurance veuvage.
3-Famille : CNAF (caisse nationale d'allocations familiales), CAF.
4-AT MP

II- 4 grands régimes

1-Régime général des travailleurs salariés (RGTS) : 80% de la population.
2-Mutualité sociale agricole (MSA)
3-Régime non salarié non agricole : indépendant du RGTS
4-Régimes spéciaux : SNCF…

III- Prise en charge du risque santé :

1) Les prestations sociales.

- En espèces : indemnités journalières pendant la période d'arrêt de travail
- En nature :
  - Totale : exonération du ticket modérateur pour les affections de longue durée (ALD).
  - Partielle : ticket modérateur correspondant aux soins restant à la charge du ménage après remboursement par l'assurance maladie.

2) Les assurances complémentaires.

- Mutuelles.
- Assurances privées.

Consommation médicale et économie de la santé : CSBM

I- Consommation de soins et biens médicaux :

- Soins hospitaliers
- Soins ambulatoires
- Transport des malades
- Médicaments
- Appareillage et prothèses

II- Consommation médicale totale : CMT

= ensemble des consommation de santé pour la satisfaction directe des besoins individuels= CSBM+ dépenses de médecine préventive

III- Dépense courante de santé : dépenses intervenues en 1 an au titre du fonctionnement du système de soins.

Elle comprend :

- Dépenses pour le malade
- Médecine préventive
- Formation et recherche
- Gestion

Elle s'élève à 148 milliards d'Euro en 2000

La répartition des dépenses est :

- Sécurité sociale : 74%
- Ménages : 18%
- Mutuelles : 7%
- Etat et collectivités locales : 1%

MODULE 2

DE LA CONCEPTION A LA NAISSANCE

N°15 : Examen prénuptial

N° 16 : Grossesse normale et besoins nutritionnels d'une femme enceinte

N° 17 : Complications de la grossesse

N°18 : Grossesse extra utérine

N°19 : Troubles psychiques de la grossesse et du post partum.

N°20 : Prévention des risques fœtaux

N° 21 : Prématurité et RCIU

N°22 : Accouchement normal

N° 23 : Evaluation et soins du nouveau né à terme.

N° 24 : Allaitement et complications

N° 25 : Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle des 40 jours

N° 26 : Anomalies du cycle menstruel. Métrorragies.

N°27 : Contraception

N° 28 : Interruption volontaire de grossesse.

N°29 : Stérilité du couple : conduite de la première consultation

N°30 : Assistance médicale à la procréation : principaux aspects biologiques, médicaux et éthiques.

N°31 : Problèmes posés par les maladies génétiques.

EXAMEN PRENUPTIAL - N°15

I- Aspects réglementaires :

- Médecin tenu par le secret médical
- 2 consultations obligatoires
- réalisation d'un bilan biologique :
  - pour les 2 conjoints : groupe, rhésus, RAI
  - pour la femme : sérologies toxoplasmose et rubéole
- Rédaction d'un certificat prénuptial valable < 2 mois.

II- 3 objectifs :

- Bilan médical
- Prévention (MST, toxoplasmose, vaccination contre la rubéole)
- Education (grossesse, risque d'alloimmunisation si RH -)

GROSSESSE NORMALE ET BESOINS NUTRITIONNELS D'UNE FEMME ENCEINTE - N° 16

I- Diagnostic clinique :

- Retard de règles
- Signes sympathiques de grossesse

II- Bilan de la 1ère consultation : déclaration de grossesse

- Clinique
  - interrogatoire :
    - ↳ ATCD médico-chirurgicaux et obstétricaux
    - ↳ Mode de vie
    - ↳ Information sur le dépistage de la trisomie
    - ↳ RHD concernant listeria et toxoplasmose
  - examen physique : poids - TA- TV- BU
- Paraclinique obligatoire :
  - biologique : sérologies : rubéole- toxoplasmose- syphilis groupe- Rh- RAI
  - échographique : à 12 SA

III- Bilan des autres consultations : 1 par mois.

- Clinique : 10 réflexes
  - Interrogatoire : SFU- contractions- MAF- métrorragies
  - Examen physique : poids - TA- BU- TV- HU- RCF
- Paraclinique
  - biologique : sérologie toxoplasmose si elle est négative.

6e mois : NFS + Ag HBS+ dépistage du diabète gestationnel

7e, 8e, et 9e mois : RAI

  - échographique : à 22 et 32 SA

IV- Besoins nutritionnels : 2000 kcal/j- équilibré- supplémentation fer- folates- calcium - vitamine D.

N° 17 - COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE

I- Hémorragie génitale :

-Bilan maternel ET fœtal

- Clinique
  - tolérance maternelle et fœtale
  - cardiotocographie
  - recherche d'une cause
- Paraclinique
  - biologique : groupe, Rh, RAI
  - échographie obstétricale.

1) Au 1er trimestre : 3 causes à éliminer :
  - Grossesse Extra Utérine.
  - Fausse Couche Spontanée.
  - Môle hydatiforme

-Prise en charge de la FCS :

- Médicale
  - Symptomatique : Gammaglobulines anti D, contraception, antalgiques
  - Etiologique : chirurgicale : curetage + anapath
- Psychologique : soutien
- Surveillance

2) Au 3ème trimestre : HRP et Placenta prævia

-Diagnostic : (!!! TV interdit !!)

HRP : souffrance fœtale aiguë, + préeclampsie, +utérus de bois + *métrorragies de sang noir*

placenta prævia : bonne tolérance fœtale + utérus souple+ métrorragies de sang rouge provoquées.

-Prise en charge : URGENCE

- Médicale
  - Symptomatique :
    Gammaglobulines anti D
    Corticothérapie
    Réanimation maternelle : remplissage vasculaire
  - Etiologique : césarienne en urgence
- Surveillance

II- HTA et préeclampsie : QS q 218

III- MAP :

Diagnostic : contractions<37 SA+ modifications du col

-Bilan :

- Clinique :
  - Les 10 réflexes cliniques
  - Cardiotocographie
- Paraclinique maternel et fœtal
  - diagnostic positif : échographie du col
  - Diagnostic étiologique : NFS-CRP-PV-ECBU
  - Préthérapeutique : présalbutamol : kaliémie et glycémie et ECG
  - Complications : échographie obstétricale

-Prise en charge : urgence, en hospitalisation.

- Médicale
  - Symptomatique
    Repos
    Tocolyse par nicardipine ou salbutamol ou inhibiteur de l'ocytocine
    Corticothérapie : céléstène® : 6mgx2
  - Etiologique +++
- Sociale : aide à domicile
- Surveillance

IV- Diabète gestationnel :

1) Diagnostic :
test de O'sullivan à 26 SA

2) Complications : 5M 5H

- 5M :
  - macrosomie
  - malformations-
  - MFIU
  - MAP
  - métabolique
- 5H :
  - HTA
  - hypotrophie
  - hypoglycémie
  - hyaline
  - hydramnios

3) Prise en charge :

Multidisciplinaire, pour un objectif de glycémie à jeun < 0, 95g/l

- Médicale
  - Symptomatique : régime équilibré pauvre en sucres rapides.
  - Etiologique : insuline si régime insuffisant
- Psychologique : éducation de la patiente (carnet de glycémie)
- Sociale
- Surveillance rapprochée.

V- Fièvre

3 étiologies à retenir :

- Pyélonéphrite
- Listériose
- Chorioamniotite

-Bilan : maternel ET fœtal

- Clinique
  - interrogatoire : statut sérologique pour la toxoplasmose et la rubéole
  - signes de MAP et de rupture prolongée des membranes
  - tolérance fœtale : cardiotocographie
- Paraclinique
  - diagnostic étiologique NFS- CRP- PV- ECBU- hémocultures avec recherche de listéria
  - en cas d'infection urinaire : échographie rénale

-Prise en charge : en urgence

- Médicale
  - Symptomatique : antipyrétiques
  - Etiologique +++
    - infection urinaire : C3G IV puis relais par Augmentin® 3 semaines
    - listéria : Clamoxyl® PO 3 semaines
- Surveillance
  - infection urinaire : 1 ECBU/ mois
  - listeria : prélèvements du nouveau né, du placenta et du liquide amniotique à la naissance

GROSSESSE EXTRA UTERINE - N°18

I- Diagnostic : Triade : retard de règles + métrorragies+ douleur pelvienne.
A évoquer de principe devant toute douleur pelvienne ou hémorragie du 1[er] trimestre

II- Bilan :
Clinique :

- Interrogatoire : recherche des facteurs de risque : ATCD de salpingite, prise de progestatifs, ATCD de GEU, stérilet, tabagisme, ATCD de chirurgie tubaire, idiopathique, compression extrinsèque, FIV, endométriose tubaire, chirurgie abdomino pelvienne.
- Examen physique : tolérance hémodynamique : TA, fréquence cardiaque.

Paraclique :

- Diagnostic :
  - β HCG plasmatiques
  - échographie pelvienne
    - ↪ Signes directs : image annexielle avec sac gestationnel
    - ↪ Signes indirects : vacuité utérine, épanchement dans le cul de sac de douglas, utérus gravide
- Pré thérapeutique : NFS, plaquettes, groupe sanguin, rhésus, RAI, TP, TCA

III- Prise en charge : en urgence
INFORMATION : risque de salpingectomie, risque de conversion de la cœlioscopie en laparotomie, risque de récidive.

- médicale :
  - symptomatique :
    - ↪ remplissage vasculaire, traitement d'un choc hémorragique
    - ↪ gammaglobulines anti D
  - étiologique : traitement cœlioscopique : salpingotomie ou salpingectomie + anapath.
- Surveillance : clinique et biologique : βHCG 2 fois par semaine jusqu'à négativisation si traitement conservateur.

N°19 - TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST PARTUM.

I- Dépistage des facteurs de risque :

- ATCD psychiatriques et obstétricaux
- Précarité
- Age> 30 ans
- Primiparité.
- Infertilité
- Toxicomanie

II- Signes précoces d'un trouble psychique en période anténatale et post natale

1- période anténatale : 15% de troubles dépressifs

2- période post natale :

- Baby blues : survient entre le 3et le 6e jour, bénin il est contemporain de la montée laiteuse.
- Dépression : caractérisée par une culpabilité anxio délirante centrée sur l'enfant.
- Psychose puerpérale : survenue brutale vers le 10ème jour post-partum, caractérisée par une confusion et une délire oniroïde.

III- Bilan de la psychose puerpérale

- Clinique
  - mère : recherche d'une organicité
  - enfant : recherche d'une maltraitance
- Paraclinique
  - diagnostic différentiel : scanner cérébral avec IV, recherche de toxiques, EEG, bilan infectieux

IV- Prise en charge : hospitalisation en unité mère enfant

- Médicale
  - Symptomatique : isolement de la mère, arrêt de l'allaitement
  - Etiologique : neuroleptique sédatif pendant 12 mois
- Psychologique : soutien, psychothérapie centrée sur la relation mère-enfant, prévention du risque suicidaire et d'infanticide
- Surveillance :
  - risque suicidaire et infanticide
  - complications des neuroleptiques : température, dyskinésies, syndrome extra pyramidal

PREVENTION DES RISQUES FŒTAUX - N°20

I- Infections : en cas de doute : 3 examens

- Sérologies
- Amniocentèse
- Echographie fœtale

Une infection grave doit faire discuter l'Interruption thérapeutique de grossesse

Infection	Gravité	Prévention
Toxoplasmose	10-16SA	RHD+sérologie mensuelle si négative
Rubéole	Avant 18 SA	Sérologie prénuptiale et vaccin Sérologie à 20 SA
Syphilis	Après 18 SA	Interrogatoire + examen clinique Faire bilan MST et traitement du partenaire !!
CMV	Toujours grave	Eviter les jeunes enfants
VHB	Pas d'embryofœtopathie	Si mère HbS + : Vaccination du NN+Ig AgHbS à 6 mois.
VIH		Césarienne programmée sous AZT Allaitement contre indiqué
Herpès	Infection du NN à l'accouchement	Voie basse autorisée en l'absence de lésion Si Poussée dans le mois précédent l'accouchement : - examen clinique et PV par semaine - voie basse autorisée si dernier PV négatif - césarienne si : primo infection dans les 3 dernières semaines ou récurrence la dernière semaine - prélèvements maternels et fœtaux à la naissance.
Streptocoque B	Infection materno-fœtale à l'accouchement	Dépistage par PV au 8[e] mois Antibiothérapie au cours du travail
Tuberculose		DO !! Allaitement CI
Varicelle	Avant 20SA	

II- Irradiation : grave entre 4 et 10 SA dès 0, 05 Gy : limiter les examens irradiants aux urgences et radioprotection par tablier de plomb !!

III- Tabac : ARRET- encourager l'allaitement

IV- Alcool : ARRET : tératogène et neurotoxique dès 3 verres par jour : syndrome d'alcoolisation fœtale

V- Drogue : arrêt et prise en charge multidisciplinaire de la mère.
Seule la cocaïne est tératogène

VI- Médicaments :

- 6 médicaments tératogènes :
  - lithium
  - AVK
  - AINS
  - Roaccutane®
  - Soriatane®
  - antiépileptiques
- 4 ATBT interdits :
  - tétracyclines : dépôts osseux, teinte des dents
  - aminosides : ototoxicité
  - fluoroquinolones : retard de croissance, dépôts articulaires
  - Bactrim® : hémolyse, ictère nucléaire.
- Vaccins vivants : contre indiqués

-Prévention des risques iatrogènes :

- Pas d'automédication
- Antiépileptiques : acide folique 4 semaines avant la conception et 8 semaines après
- Inducteurs enzymatiques : vitamine K le dernier mois + vitamine D : 1000ui /j au 3ème trimestre
- AVK : arrêt + relais HNF puis HBPM

I- RCIU :

-*Définition* = biométrie< 10e percentile

Il peut être harmonieux (précoce) ou dysharmonieux (tardif par insuffisance placentaire)

-*FDR* :

- âge (<20 > 40 ans)
- primiparité
- précarité
- ATCD de RCIU

-*Etiologies*

- Maternelle (malformations utérines, toxiques, dénutrition, hypoxie chronique, préeclampsie)
- Fœtale (grossesse multiple, infection, anomalie chromosomique)
- Placentaire (placenta prævia)

-*Prévention*

- Primaire :
  - dépistage lors de la 1ere consultation
  - arrêt des toxiques
  - prévention de la toxoplasmose, vaccination contre la rubéole
- Secondaire
  - aspirine de 12 à 34SA si ATCD de préeclampsie

II- Prématurité

-*FDR* :

- Précarité
- Maternels (malformation utérines, béance cervicoisthmique, infections, état général : anémie, diabète, traumatismes)
- Placentaires (malposition)
- Fœtaux (jumeaux, hydramnios)

-*Prévention*

- Primaire : 8 mesures
  - information et éducation
  - dépistage des facteurs de risque
  - cerclage si béance cervicoisthmique,
  - traitement des infections,
  - repos, aide ménagère, éviter travaux et trajets pénibles,
  - arrêt des sports violents
- Secondaire : traitement d'une MAP

N°22 - ACCOUCHEMENT NORMAL

I- Accouchement, délivrance et suites de couches normales

-Prise en charge :

- Médicale
    - Symptomatique :

Patiente à jeun, perfusée, monitorée par cardiotocographie
Réalisation d'une anesthésie péridurale après bilan : NFS, plaquettes, TP, TCA

- Surveillance rapportée sur le partogramme
    - maternelle : douleur, diurèse, tocographie
    - fœtale : cardiotocographie, couleur du liquide amniotique

-L'accouchement se déroule en 6 phases :

- Début de travail
- Effacement et dilatation du col
- Engagement de la présentation dans le détroit supérieur (signe de Farabeuf) le plus souvent en oblique iliaque gauche antérieur (OIGA).
- Descente et rotation
- Dégagement
- Délivrance.

-La délivrance se déroule en 3 phases dans les 30 min après l'accouchement :

- Rémission
- Décollement
- Expulsion avec formation du globe utérin

Puis surveillance clinique pendant 2h en salle de travail : constantes, douleur diurèse, saignements, globe utérin.

II- Suites de couches normales

1) Hospitalisation pendant 5 j permettant une surveillance :

- Des constantes : TA, fréquence cardiaque, température
- De l'involution utérine
- Des lochies
- Etat du périnée et des membres inférieurs
- Lever précoce
- Gamma anti D
- Allaitement (montée laiteuse à J3)

2) Ordonnance de sortie :

- Fer- calcium- contraception
- Bromocriptine 3 semaines si pas d'allaitement
- Rééducation périnéale
- Conseils de puériculture

3) Examen post natal : obligatoire 6-8 semaines après accouchement
Pour examen clinique, bilan de pathologies découvertes en cours de grossesse, vaccination anti rubéole si elle n'a pas été faite.
Le retour de couches s'effectue 6 à 8 semaines après accouchement.

EVALUATION ET SOINS DU NOUVEAU NE A TERME - N° 23

I- Gestes en salle de naissance :

- Apgar à 1 et 5 minutes
- Poids, taille, périmètre crânien
- Vitamine K, collyre
- Réchauffement
- Soins du cordon
- Perméabilité des orifices

II- 5 dépistages systématiques :

- Phénylcétonurie,
- Hypothyroïdie,
- Mucoviscidose,
- Drépanocytose (antécédents familiaux),
- Hyperplasie des surrénales.

III- Conseils de puériculture :

- Alimentation : encourager l'allaitement.
- Environnement : dormir sur le dos, chambre à 19°c
- Ordonnance : soins de cordon, sérum physiologique, vit D + fluor et vit K si allaitement maternel.
- Indication de consultation d'un médecin.

N° 24 - ALLAITEMENT ET COMPLICATIONS

I- 8 modalités :

- 1ère tétée en salle de travail
- Tétée à la demande de l'enfant
- Installation correcte
- Alterner les 2 seins
- Hygiène (nettoyage et séchage du mamelon après chaque tétée)
- Alimentation équilibrée
- Pas d'automédication et arrêt des toxiques.

II- Bénéfices de l'allaitement :

- Nutritionnels (digestibilité parfaite, croissance et développement optimaux avec effet temps dépendant (6 mois)
- Immunologiques (AC protecteurs contre les infections ORL et gastro intestinales)
- Economique
- Favorise la relation mère-enfant
- Protection contre le cancer du sein chez la mère

NB :

Arrêt < 1 mois : bromocriptine 3 semaines, contre indiqué si psychose ou HTA
L'allaitement n'empêche pas la grossesse : contraception : locale, ou microprogestatif.

III- Complications :

J3 : Engorgement mammaire : contemporaine de la montée laiteuse : seins tendus et douloureux

J5 : Crevasses : fissures et érosions du mamelon

J9 : Lymphangite : fièvre+ zone érythémateuse douloureuse+ signe de Budin négatif

J10 : Galactophorite : fièvre+ signe de Budin positif : arrêt de l'allaitement, lait tiré- jeté, antibiothérapie (amoxicilline PO)

J15 : Abcès mammaire : fièvre + altération de l'état général + collection mammaire : arrêt de l'allaitement, hospitalisation+ prélèvements, hémocultures, incision et antibiothérapie IV.

IV- Prévention

- Primaire
  - engorgement mammaire : massages, soins du mamelon
  - crevasses et complications infectieuses : soins du mamelon !
- Secondaire : éducation : hygiène lors de l'allaitement

SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES : PATHOLOGIE MATERNELLE DES 40 JOURS - N° 25

I- Complications hémorragiques : hémorragie de la délivrance
-*Diagnostic* = hémorragie génitale > 500cc dans les 24 h suivant l'accouchement.
-*Bilan :*

- Clinique
  - tolérance hémodynamique = TA, Pouls
- Paraclinique
  - biologique : TP, TCA, groupe Rh, RAI

-*Prise en charge* : en urgence

- Médicale
  - symptomatique : réanimation : remplissage vasculaire + O2
  - étiologique : geste obstétrical sous aseptie et analgésie : Délivrance artificielle + révision utérine+ examen de la filière génitale sous valves+ massage utérin+ Syntocinon® + antibioprophylaxie
    En cas d'inefficacité : Nalador® (prostaglandines) → embolisation des artères utérines→hystérectomie d'hémostase.
- Surveillance

II- Complications infectieuses :

- 5 causes de fièvre du post-partum :
  - endométrite
  - infection urinaire
  - maladie thromboembolique
  - allaitement
  - troubles de la cicatrisation.
- L'endométrite du post-partum :

-*Diagnostic* : fièvre + lochies malodorantes
-*Bilan :*

- Clinique
  - recherche d'une phlébite pelvienne associée
  - recherche de métrorragies
- Paraclinique
  - biologique : NFS-CRP-PV-ECBU- hémocultures.

-*Prise en charge :*

- Médicale
  - Symptomatique : HBPM et arrêt de l'allaitement
  - Etiologique : antibiothérapie IV à large spectre.
- Surveillance

III- complications thromboemboliques :

- Phlébite
- Thrombophlébite cérébrale
- Phlébite pelvienne compliquant une endométrite
- Embolie pulmonaire

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique : bas de contention
  - Etiologique : héparinothérapie
- Surveillance : plaquettes 2 fois par semaine

N° 26 - ANOMALIES DU CYCLE MENSTRUEL. METRORRAGIES.

I- Anomalies du cycle menstruel

-Diagnostic :

- Aménorrhée :
  - primaire (absence de ménarche après 16 ans)
  - secondaire (absence de règles >3 mois chez une femme réglée)
- Ménorragie : règles anormales par leur abondance et/ou leur durée.
- Métrorragie : saignement d'origine endo-utérine en dehors des règles.

II- Syndrome prémenstruel : 40% des femmes

-Diagnostic :

- Tension abdomino pelvienne
- Mastodynie
- Céphalées
- Troubles de l'humeur.

-Prise en charge :

- Médicale : progestatif du 15e au 25e jour du cycle

CONTRACEPTION - N°27

I- Prescrire et expliquer une contraception :

Information (grossesse et MST) et éducation (CAT en cas d'oubli, effets secondaires, éviter l'automédication (inducteurs enzymatiques))

-Bilan :

- Clinique
  - éliminer les contre indications
  - pression artérielle et fréquence cardiaque
  - examen des seins et FCV
- Paraclinique
  - biologique : glycémie à jeun + triglycérides + cholestérol total.
- Surveillance : consultation / 6 mois bilan bio à 3 mois puis / 5ans.

1) Contraception hormonale :

- Œstroprogestatifs : 10 contre indications absolues :
  - maladie thromboembolique veineuse ou artérielle, cancer hormonothérapeute, hémorragie génitale non diagnostiquée, grossesse + allaitement, HTA, cardiopathies, hépatopancréas, métabolique (dyslipémie et DNID), connectivites, otospongiose
- Progestatifs pas de contre indications : à prendre à heure fixe

2) Contraception mécanique : dispositif intra utérin

- Information et éducation : risque de GEU et de règles abondantes-consulter en urgence si : fièvre, leucorrhée, douleur, métrorragies-éviter AINS et aspirine (risque hémorragique et baisse d'efficacité)
- 9 contre indications absolues : grossesse, salpingite, allopathiquement, troubles de l'hémostase, traitement anticoagulant, cancer utérin, hémorragie génitale non diagnostiquée, diabète, maladie de wilson.

II- Prise en charge d'une grossesse non désirée.

- Médicale :
  - contraception d'urgence : Tétragynon® ou Norlevo® (sans ordonnance) dans les 48 h ou DIU dans les 7 j
  - IVG : QS
  - Débuter une contraception.
- Psychologique
- Sociale : information et éducation, NE PAS OUBLIER le BILAN MST +++
- Surveillance

III- Indications de la stérilisation masculine et féminine :

= suppression délibérée et réfléchie de la fécondité.

Cadre réglementaire : consultation médicale + délai de réflexion de 4 mois.

Pour la femme : ligature-résection tubaire

Pour l'homme : vasectomie bilatérale

N° 28 - INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE.

I- Cadre réglementaire : grossesse < 14 SA

2 consultations :

- La 1ère : confirmation du terme, information
- La 2ème : demande d'IVG écrite, information sur les différentes techniques, échographie, bilan préopératoire et consultation anesthésie.

DO à la DDASS

II- Principes des techniques :

- Médicale : grossesse < 7 SA : mifépristone puis misoprostol à 48h
- Chirurgicale par aspiration et anapath.

Dans les 2 cas : antalgiques + gamma anti D+ contraception+ consultation de contrôle (β HCG+ échographie) à J10.

III- Complications :

- A court terme : échec, lésions cervicales, infection, GEU, môle hydatiforme méconnue- perforation, hémorragie
- A long terme : synéchies utérines et béance cervico isthmique avec troubles de la fertilité, immunisation rhésus- troubles psychologiques.

STERILITE DU COUPLE : CONDUITE DE LA PREMIERE CONSULTATION - N°29

Un bilan n'est indiqué qu'au terme de 2 ans de rapports réguliers sans contraception.
-Bilan :

- Clinique
  - interrogatoire :
    - ↪ des 2 conjoints : autres enfants, âge, fréquence des rapports sexuels, ATCD, exposition à des toxiques, profession, anomalies génétiques
    - ↪ de la femme : infection génitale, cycles menstruels-
    - ↪ de l'homme : chirurgie, oreillons.
  - examen physique
    - ↪ de la femme : recherche d'un hirsutisme, signes d'imprégnation œstrogénique, examen gynécologique.
    - ↪ de l'homme : examen de l'appareil génital
- Paraclinique
  - pour les 2 conjoints : test post coïtal de Hühner + sérologies
  - pour la femme : courbe ménothermique, PV, échographie pelvienne, bilan hormonal (œstradiol, FSH et LH au 3ème jour du cycle, prolactine et TSH), hystérosalpingographie.
  - pour l'homme : spermogramme, ECBU

ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION : PRINCIPAUX ASPECTS BIOLOGIQUES, MEDICAUX ET ETHIQUES - N°30

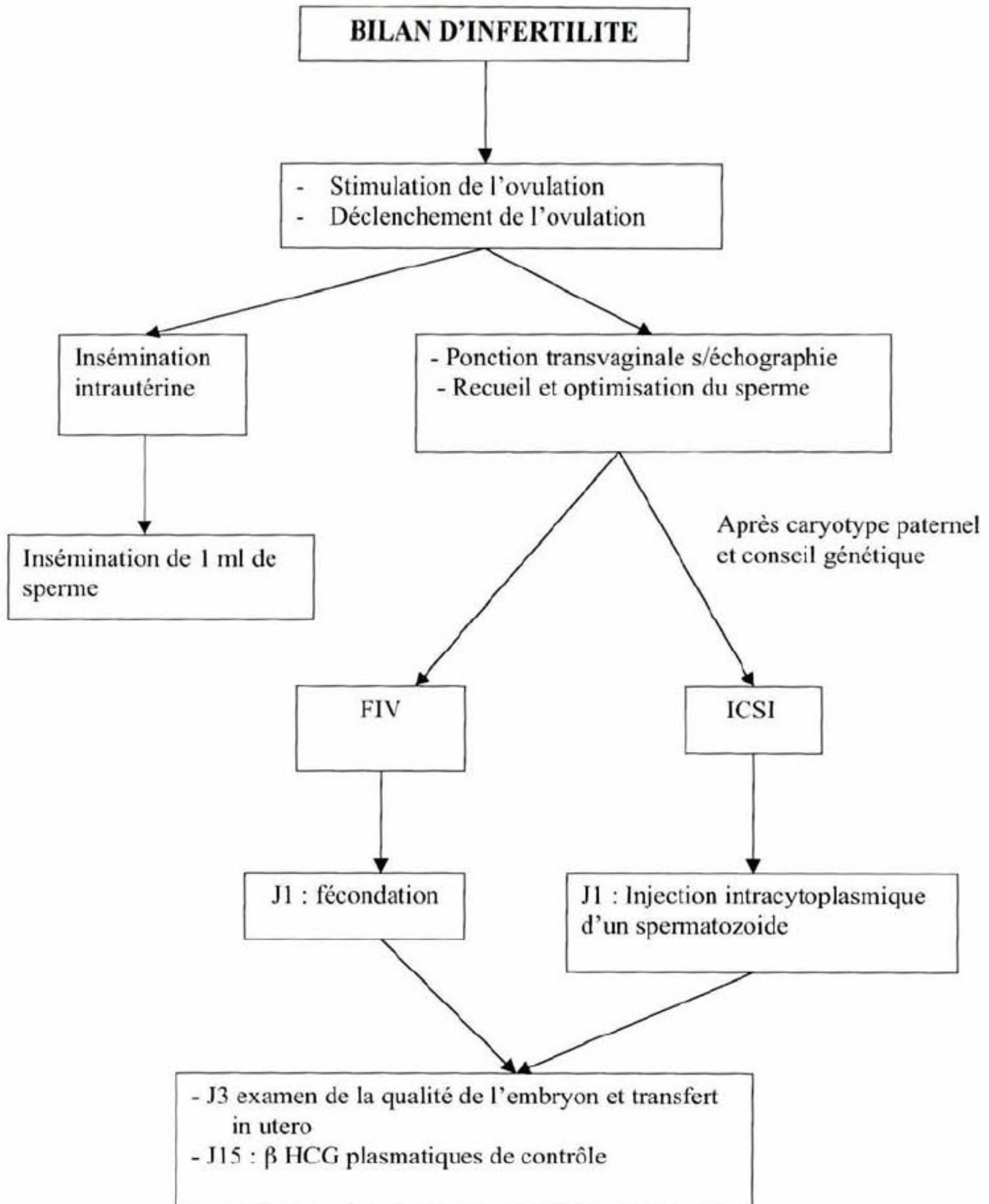
I- Aspects éthiques : loi de bioéthique de 1994 régissant les conditions de l'AMP :

- Après information et consentement éclairé
- Couple hétérosexuel
- En âge de procréer
- Dont les 2 membres sont vivants
- Marié ou en concubinage depuis + de 2 ans
- AMP au sein d'une équipe médicale comportant un biologiste et un clinicien agréés.

II- Aspects médicaux et biologiques

- Bilan de stérilité
- Demande d'entente préalable
- Prise charge à 100%

Il existe 3 méthodes d'AMP


BILAN D'INFERTILITE
- Stimulation de l'ovulation
- Déclenchement de l'ovulation
Insémination intrautérine
- Ponction transvaginale s/échographie
- Recueil et optimisation du sperme
Insémination de 1 ml de sperme
Après caryotype paternel et conseil génétique
FIV
ICSI
J1 : fécondation
J1 : Injection intracytoplasmique d'un spermatozoide
- J3 examen de la qualité de l'embryon et transfert in utero
- J15 : β HCG plasmatiques de contrôle

N°31 - PROBLEMES POSES PAR LES MALADIES GENETIQUES.

I- La trisomie 21

-*Diagnostic* :

- Les possibilités de diagnostic anténatal : 80% des trisomies.
  - obligation médicolégale de proposer un dépistage de la trisomie 21
  - 3 moyens de dépistage permettant de calculer un risque :
    - ↪ âge de la mère > 35ans
    - ↪ marqueurs sériques maternels entre 15-18 SA
    - ↪ échographie fœtale à 12 SA : clarté nucale > 3 mm
  - en cas de suspicion de trisomie 21 :
    - ↪ réalisation d'une amniocentèse avec caryotype fœtal après information des parents et consentement écrit.
- Diagnostic néonatal : dysmorphie faciale+hypotonie musculaire + hyperlaxité ligamentaire.

-*Evolution* :

- Retard psychomoteur
- Pathologies liées aux malformations organiques (cardiaques, uro digestives, oculaires et ostéoarticulaires)
- Retard de croissance
- Vieillissement précoce

-*Complications*

- Sensibilités aux infections
- Risque de LAM
- Hypothyroïdie
- Pathologies oculaires : cataracte
- Troubles orthopédiques liés à l'hyperlaxité ligamentaire : luxation atloïdo-axoïdienne.

II- La mucoviscidose

-*Physiopathologie* : maladie génétique autosomique récessive : chromosome 7, mutation delta F508 du gène codant pour la protéine CFTR

-*Dépistage post natal* :

- ↪ test de la sueur : chlore sudoral > 60 meq/l à 2 reprises
- ↪ caryotype sanguin

-*Complications*

- Poumon : insuffisance respiratoire chronique, pneumopathies à pyocyanique
- Pancréas : malabsorption avec retard de croissance et dénutrition
- Intestin : iléus méconial, reflux gastro œsophagien, constipation
- Foie : hépatomégalie, hypertension portale, cirrhose biliaire primitive
- Métabolique : déshydratation, diabète
- Stérilité

-Prise en charge : à vie

- Médicale
  - Symptomatique :
    - ↪ Respiratoire : Kinésithérapie respiratoire précoce+ mucolytiques
    - ↪ Nutritionnel : régime hypercalorique, hyperprotidique et hydratation
    - ↪ Supplémentation en vitamines ADE et K
  - Mise à jour des vaccinations contre la grippe et le pneumocoque
  - Traitement des complications
    - ↪ antibiothérapies en cas de pneumopathie
    - ↪ enzymes pancréatiques : créon
    - ↪ prise en charge d'un diabète
- Psychologique : soutien, associations de patients
- Sociale : 100%, favoriser l'intégration scolaire
- Surveillance tous les 6 mois : courbe de croissance.

III- Syndrome de l'X fragile

-Physiopathologie : maladie génétique dominante liée à l'X à pénétrance variable due à une mutation instable du gène FMR 1 sur le chromosome X : Amplification anormale du codon CGG au cours d'une méiose maternelle donnant une prémutation ou une mutation du gène (> 200 répétitions)

-Diagnostic

- Prénatal : conseil génétique et caryotype en cas d'X fragile dans la famille ou d'ATCD familiaux de ménopause précoce.
- Post natal :
  - Clinique : chez les garçons : Triade : retard mental + dysmorphie faciale + macro-orchidie à l'adolescence
  - Paraclinique : caryotype sanguin.

MODULE 3
MATURATION ET VULNERABILITE

N°32 : Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôle sphinctérien, psychomotricité, langage, intelligence). L'installation précoce de la relation mère enfant et son importance. Troubles de l'apprentissage.

N°33 : Suivi d'un nourrisson, d'un enfant et d'un adolescent normal. Dépistage des anomalies orthopédiques, des troubles visuels et auditifs. Examens de santé obligatoires. Médecine scolaire. Mortalité et morbidité infantiles.

N° 34 : Alimentation et besoins nutritionnels du nourrisson et de l'enfant.

N° 35 : Développement bucco dentaire

N°36 : Retard de croissance staturo-pondéral.

N°37 : Maltraitance et enfants en danger. Protection maternelle et infantile.

N°38 : Puberté normale et pathologique

N°39 : Troubles du comportement de l'adolescent.

N°40 : Sexualité normale et ses troubles.

N°41 : Troubles anxieux et troubles de l'adaptation :

N°42 : Trouble du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte.

N° 43 : Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte

N°44 : Risque suicidaire de l'enfant et de l'adulte : identification et prise en charge.

N° 45 : Addictions et conduites dopantes : Epidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité, et complications. Prise en charge, traitement substitutifs et sevrage : alcool, tabac, psychoactifs et substances illicites.

N°46 : Sujets en situation de précarité

N°47 : Bases psychopathologiques de la psychologie médicale.

N°48 : Grands courants de la pensée psychiatrique.

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT : ASPECTS NORMAUX ET PATHOLOGIQUES (SOMMEIL, ALIMENTATION, CONTROLE SPHINCTERIEN, PSYCHOMOTRICITE, LANGAGE, INTELLIGENCE). L'INSTALLATION PRECOCE DE LA RELATION MERE ENFANT ET SON IMPORTANCE. TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE - N°32

I- Développement psychomoteur normal

1) Psychomotricité :

- Réflexes archaïques.
- Posture :
  - debout avec appui : 9 mois
  - marche : 12-18 mois
- Préhension : pince pouce- index : 9 mois

2) Langage :

- 1er mot : 10 mois

3) Contrôle sphinctérien :

- Diurne : 18 mois
- Nocturne : avant 4 ans.

II- Développement psychomoteur pathologique

1) Syndrome hyperkinétique

-Diagnostic :

- Hyperactivité
- Impulsivité
- Distractibilité

-Prise en charge :

- Médicale : Etiologique : Ritaline® prescrite par un spécialiste
- Psychologique : psychothérapie de soutien
  Guidance parentale
- Sociale : intégration scolaire
- Surveillance

2) Dyslexie- dysorthographie :

-Diagnostic : trouble du langage écrit en l'absence de retard mental ou de troubles sensoriels.

-Prise en charge :

- Orthophonie
- Sociale : scolarité normale indispensable
- Surveillance

3) Retard mental

-Diagnostic : QI< 70 + déficit du fonctionnement adaptatif + début des troubles < 18 ans

- Retard mental léger : 50<QI<70
- Retard mental moyen : 35<QI<50
- Retard mental sévère : 20<QI<25

-Bilan :

- Clinique
  - examen neurologique
  - recherche d'une dysmorphie, de tâches café au lait
  - évaluation de la croissance
- Paraclinique : orientés par la clinique. On réalise systématiquement :
  - enquête génétique
  - bilan orthophonique, psychomoteur, psychologique, scolaire et éducatif.

-Prise en charge : multidisciplinaire

- Médicale
  - Symptomatique : neuroleptiques en cas d'agressivité
- Psychologique : soutien et guidance parentale
- Sociale : établissements spécialisés- CDES puis COTOREP
- Surveillance

4) Troubles du contrôle sphinctérien : énurésie

-Diagnostic : miction active, involontaire, diurne et/ou nocturne après 4ans

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique : Règles Hygiéno-diététiques
  - Etiologique : en dernier recours : Ditropan® (α bloquant)
- Psychologique et comportementale : soutien, pipi stop
- Surveillance

SUIVI D'UN NOURRISSON, D'UN ENFANT ET D'UN ADOLESCENT NORMAL. DEPISTAGE DES ANOMALIES ORTHOPEDIQUES, DES TROUBLES VISUELS ET AUDITIFS. EXAMENS DE SANTE OBLIGATOIRES. MEDECINE SCOLAIRE. MORTALITE ET MORBIDITE INFANTILES - N°33

I- Suivi du nourrisson et de l'enfant normal :

1) Le nourrisson et l'enfant

Les paramètres à évaluer doivent être reportés dans le carnet de santé

- Poids, taille, PC
- Développement psychomoteur et dépistage des troubles sensoriels
- Développement des dents
- Régime alimentaire
- Vaccinations

2) L'adolescent :

- Maturation pubertaire
- Intégration sociale et scolaire.

II- Dépistage

1) Anomalies orthopédiques = luxation congénitale de hanche :

-Bilan : à la naissance

- Clinique
  - Hanches asymétriques en mobilité spontanée
  - Manœuvres de Barlow et d'Ortolani
  - Recherche d'une limitation de l'abduction.
- Paraclinique
  - En cas d'examen clinique anormal : échographie
  - Radios inutiles avant 4 mois !!

2) Troubles visuels :

- Signes d'appel de troubles oculaires
- Strabisme, nystagmus, torticolis, anomalies de comportement

-Bilan : à la naissance, à 9 mois et à 2 ans

- Clinique
  - Réflexes visuels à la lumière (attraction du regard, réflexe photomoteur)
  - à 9 mois : réflexe de défense à l'occlusion d'un œil, recherche d'un strabisme, estimation de la vision binoculaire, réfraction sous cycloplégique.
  - à 2 ans : évaluation de l'acuité visuelle de loin.

3) Troubles auditifs :

-Bilan :

- Clinique
  - à la naissance : réaction aux stimuli sonores
  - entre 4 et 9 mois : jouets de moatti, réflexe d'orientation investigation
  - âge verbal : retard de langage
  - à partir de 6 ans : diapason, otoscopie pour vérifier l'absence d'otite séreuse.
- Paraclinique : en cas d'examen clinique anormal
  - à la naissance : oto-émissions acoustiques +/- potentiels évoqués auditifs.
  - Dès 4 ans : audiométrie de dépistage

III- Examens de santé obligatoires :

- 20 consultations obligatoires de 0 à 6 ans.
- 3 certificats médicaux obligatoires : 8 jours, 9 mois, et 24 mois.

IV- La médecine scolaire

Elle a 4 objectifs :

- Bilan de santé obligatoire à 6 ans
- Missions ciblées : dépistage, vaccins
- Protection
- Education à la santé.

V- Mortalité et morbidité infantiles

1) Mortalité infantile :

= taux de décès d'enfants survenus au cours de la première année de vie, rapporté à 1000 naissances vivantes= 4, 5/1000

2) Morbidité infantile : 14/1000

ALIMENTATION ET BESOINS NUTRITIONNELS DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT - N° 34

= régime équilibré (glucides 55%, lipides 30%, protides 15%)

I- Alimentation du nourrison

- De 0 à 6 mois : régime lacté.
  - Au lait maternel : supplémenter en : vitamine D, fluor et vitamine K
  - Au lait artificiel : quantité de lait par jour = poids/10 +250 ml
  - Pour préparer 1 biberon : 1 cuillère rase pour 30 ml d'eau.
  - Supplémenter en fluor et vitamine D
- A partir de 6 mois : diversification alimentaire progressive + au moins 500ml de lait de suite /jour.
- A partir de 1 an : alimentation de type adulte (blanc d'œuf autorisé)

II- Alimentation de l'enfant d'âge scolaire :

- Contrôle de l'apport glucido lipidique
- Bonne hydratation
- 4 repas / jour en favorisant le petit déjeuner (25% des apports/j)

DEVELOPPEMENT BUCCO DENTAIRE - N° 35

I- Dépistage des anomalies du développement maxillo-facial

- Dépistage anténatal :
  - syndromes polymalformatifs
- Dépistage néonatal :
  - Fente labiopalatine
  - Syndrome de Pierre Robin
- Dépistage au cours des consultations obligatoires.

II- Pathologies buccodentaires les + fréquentes de l'enfant :

- Carie
- Gingivite
- Parodontite

III- Prévention :

- Hygiène bucco dentaire
- Visite chez le dentiste 1 fois/an
- Fluor jusqu'à 6 ans associé à un dentifrice fluoré.

N°36 - RETARD DE CROISSANCE STATURO-PONDERAL.

I- Diagnostic d'un retard de croissance :

= taille < 2DS ou cassure de la courbe de croissance.

II- Bilan :

- Clinique :
  - interrogatoire : taille des parents, ATCD pathologique, prise de corticoïdes.
  - examen physique : courbe de croissance, stade de Tanner, état général.
- Paraclinique :
  - Biologique : test de la sueur, ac antigliadine (maladie cœliaque), bilan martial, caryotype chez les filles, NFS VS, bilan rénal, TSH.
  - Radiologique : âge osseux : radio de la main et poignet gauche de face.

III- Etiologies :

- Constitutionnelle : la plus fréquente.
- Secondaire : ne pas oublier la mucoviscidose, la maladie cœliaque.
- Chez une fille : maladie de Turner et anorexie mentale.

N°37 - MALTRAITANCE ET ENFANTS EN DANGER. PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE.

I- Repérer un risque ou une situation de maltraitance.

1) Facteurs de risque :

- Liés à l'enfant : non désiré, handicapé, prématuré, hospitalisation ou placement responsables d'une mauvaise instauration de la relation mère-enfant.
- Lié à la famille : alcoolisme, toxicomanie, précarité, ATCD personnel de sévices, troubles psychiatriques parentaux.

2) Examen clinique de l'enfant et de sa fratrie

II- Bilan :

- Clinique :
  - téguments
  - examen neurologique et fond d'œil : recherche d'une HTIC
  - recherche de fractures
  - examen des organes génitaux externes
  - développement psychomoteur, comportement et croissance
  - hygiène.

- Paraclinique :
  - biologiques : NFS, plaquettes, hémostase, facteur XIII, recherche de toxiques, recherche de carences (ionogramme sanguin, bilan rénal et phosphocalcique, électrophorèse des protides sériques)
  - radiologique : squelette entier à la recherche d'un syndrome de Silvermann : Lésions osseuses multiples d'âges différents de siège inhabituel avec décollement épiphysaire appositions périostées et fractures diaphysaires
  - photos des lésions

En cas de sévices sexuels : βHCG- sérologies HIV, hépatites, syphilis- prélèvements locaux.

III- Prise en charge

- Médicale :
  - symptomatique : traitement des lésions
- Psychologique :
  - psychothérapie de soutien de l'enfant et de sa famille
- Sociale :
  - Examen de la fratrie

PROCEDURE DE SIGNALEMENT D'UNE MALTRAITANCE

1- Toujours tenter une hospitalisation : si refus des parents : demande d'ordonnance de placement provisoire au procureur de la république
2- Bilan physique et psychologique
3- Signalement :

ADMINISTRATIF

- En l'absence de danger immédiat pour l'enfant
- Demande d'aide sociale à l'enfance par l'intermédiaire :
  - des assistantes sociales
  - des puéricultrices à domicile

et/ou

JUDICIAIRE

- Transmission du dossier par le procureur au juge d'instruction et saisine du juge des enfants qui décide :
  - soit un non lieu
  - soit une aide éducative en milieu ouvert
  - soit un placement en famille d'accueil
  - soit un maintien en milieu familial

- Surveillance

IV- La PMI : 5 objectifs :

- Surveillance médicale des enfants < 6 ans
- Prévention
- Dépistage des pathologies de la précarité
- Suivi de grossesse
- Recueil d'informations épidémiologiques

N° 38 - PUBERTE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

I- Expliquer les étapes du développement pubertaire normal

Début : 11 ans chez la fille, 13 ans chez le garçon.
Elle se caractérise par :

- 5 stades de TANNER : développement mammaire (fille) ou des OGE (garçon) et pilosité pubienne.
- Croissance
- Transformation psychologique

II- Dépistage d'une avance ou d'un retard pubertaire

Avance pubertaire= fille : âge < 8 ans ; garçons : âge< 9 ans.
Retard pubertaire= fille : âge > 13 ans ; garçon : âge > 14 ans

III- Bilan :

- Clinique : stade de TANNER et courbe de croissance
- Paraclinique :
  - Radio du poignet gauche : âge osseux
  - Dosages hormonaux
  - Pour les filles : échographie pelvienne + frottis vaginal

TROUBLES DU COMPORTEMENT DE L'ADOLESCENT - N°39

I- Syndrome hyperkinétique : cf Q n°32

II- Troubles oppositionnels avec provocation :
Evaluation sémiologique, familiale et scolaire
-*Diagnostic* : il est clinique et persiste au moins 6 mois :
- Troubles du comportement
- Troubles émotionnels (agressivité, susceptibilité).

-*Prise en charge* : multidisciplinaire : Evaluation sémiologique, familiale et scolaire
- Psychologique :
  - guidance parentale,
  - psychothérapie individuelle,
- Sociale : soutien scolaire.

III- Troubles des conduites :
-*Diagnostic* : il est clinique et persiste au moins 6 mois :
- Conduite d'opposition,
- Transgression des lois
- Troubles émotionnels.

-*Prise en charge* : multidisciplinaire : Evaluation sémiologique, familiale et scolaire
- Psychologique :
  - Contrat thérapeutique.
  - Psychothérapie
  - Guidance parentale

IV- Complications communes aux troubles oppositionnels et aux troubles des conduites :
- Echec scolaire,
- Abus de substances,
- Décompensation anxio-dépressive,
- Evolution vers une personnalité antisociale

N°40 - SEXUALITE NORMALE ET SES TROUBLES

-Principaux troubles de la sexualité :

- Les paraphilies : exhibitionnisme, fétichisme, pédophilie, masochisme, sadisme, transvestisme, voyeurisme
- Les troubles de l'identité sexuelle.
- Les dysfonctions sexuelles.

Ces troubles durent au moins 6 mois et entraînent une souffrance et /ou une altération du fonctionnement social et professionnel.
En cas d'actes médico-légaux : instauration d'un suivi socio-judiciaire avec injonction de soins.

N°41 - TROUBLES ANXIEUX ET TROUBLES DE L'ADAPTATION

Les troubles décrits peuvent se retrouver à tous âges.

I- Troubles anxieux : 5 entités

1) Crise d'angoisse aiguë : cf questions n° 184 et 266.

2) Trouble panique : cf questions n° 184 et 266.

3) Trouble anxiété généralisée

-Diagnostic : 3 critères :

- Chronicité
- Anxiété et soucis incontrôlables
- Symptômes physiques (tension motrice et hypervigilance)

-Prise en charge :

- Médicale :
  RHD : arrêt des excitants, exercice physique
  Médicaments : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine : paroxétine (Deroxat®) pendant 8 semaines.
- Psychologique : psychothérapie cognitivo-comportementale
- Surveillance à 2 semaines puis toutes les 6 semaines.

4) Etat de stress aigu et état de stress post traumatique.

-Diagnostic :

- Etat de stress aigu : transitoire, apparaît dans les heures suivant l'exposition au stress
- Etat de stress post traumatique : apparition différée ; se caractérise par un syndrome de répétition + des remaniements de personnalité.

-Prise en charge de l'état de stress aigu : idem crise d'angoisse aiguë
Prise en charge de l'état de stress post traumatique : idem trouble anxiété généralisé.

5) Anxiété de séparation
-Diagnostic :

- Anxiété anticipatoire
- Pensées erronées
- Refus scolaire, troubles somatiques

-Prise en charge :

- Médicale : antidépresseurs ou anxiolytiques en cas de troubles sévères
- Psychologique : psychothérapie comportementale
- Sociale : réinsertion scolaire.

II- Troubles de l'adaptation : à tout âge
-Diagnostic : facteur de stress chez un patient prédisposé, avec retentissement sur la vie quotidienne durant moins de 6 mois.

TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE - N°42

I- Anorexie mentale :
- Diagnostic :

- Triade : Anorexie - Amaigrissement >25% - Aménorrhée
- Dysmorphophobie, hyperactivité, isolement social
- Absence de plaintes psychiatriques

-Bilan :

- Clinique :
  - éliminer l'organicité
  - rechercher des signes de dénutrition
  - état buccodentaire
- Psychiatrique : éliminer une pathologie psychiatrique
- Paraclinique : kaliémie, ECG, glycémie, NFS et bilan hormonal.

-Prise en charge :

- Médicale : réhydratation, renutrition si nécessaire
- Psychiatrique :
  - psychothérapie individuelle et familiale.
  - contrat de poids, séparation de la famille
- Surveillance :
  - clinique : poids, TA, pouls,
  - paraclinique : ECG, kaliémie, créatininémie

II- Boulimie compulsive :

-Diagnostic :

- Crise boulimique : sensation de vide, lutte anxieuse, absorption d'aliments hypercalorique puis malaise et culpabilité
- Trouble du comportement : stratégie de maintien de poids
- Répercussions somatiques

-Bilan :

- Clinique : éliminer l'organicité, répercussions somatiques
- Psychiatrique
- Paraclinique : glycémie, kaliémie, ECG

-Prise en charge :

- Médicale :
  - symptomatique : traitement des complications
  - étiologique : pour certains : médicaments anti-impulsifs (Prozac®)
- Psychiatrique :
  - rééducation alimentaire
  - psychothérapie cognitivo-comportementale
  - psychothérapie de soutien
- Sociale : réinsertion
- Surveillance

N° 43 - TROUBLES DU SOMMEIL DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

I- Bilan :

- Clinique :
  - calendrier de sommeil
  - évolutivité
  - médicaments
  - situation socioprofessionnelle
  - retentissement diurne
- Paraclinique : polysomnographie

II- 3 types de troubles :

- insomnies et syndrome d'apnée du sommeil
- hypersomnies
- parasomnies surtout chez l'enfant (terreur nocturne et somnambulisme.

III- Prise en charge de l'insomnie :

- Médicale :
  - Symptomatique : arrêt des excitants, et benzodiazépine 4 semaines maximum.
  - Etiologique
- Psychologique : soutien

RISQUE SUICIDAIRE DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE IDENTIFICATION ET PRISE EN CHARGE - N°44

I- Détecter les situations à risques :

- Niveau de souffrance (troubles psychiatriques : mélancolie, psychose, addiction)
- Degré d'intentionnalité (demande d'aide, idées envahissantes)
- Impulsivité
- Caractéristiques du projet suicidaire (scénarios, annonce à l'entourage)
- Facteurs précipitants (rupture sentimentale, maladie)
- Moyens létaux (médicaments)
- Soutien de l'entourage (isolement)

II- Prise en charge : globale et multidisciplinaire. Réseaux de soins.

- Médicale :
  - symptomatique : évaluer le risque vital
  - étiologique : hospitalisation d'au moins 24h : prévenir une récidive
- Psychologique :
  - avis psychiatrique systématique : recherche d'une pathologie sous jacente, évaluation de l'entourage.
  - psychothérapie de soutien avec projet thérapeutique et entretien familial
- Surveillance : médicale et comportementale en ambulatoire avec prise en charge psychothérapeutique et chimiothérapeutique par un référent de soins ciblés.

III- Prévention : Ecoute et disponibilité.

N° 45 - ADDICTIONS ET CONDUITES DOPANTES : EPIDEMIOLOGIE, PREVENTION, DEPISTAGE. MORBIDITE, COMORBIDITE, ET COMPLICATIONS. PRISE EN CHARGE, TRAITEMENT SUBSTITUTIFS ET SEVRAGE : ALCOOL, TABAC, PSYCHOACTIFS ET SUBSTANCES ILLICITES.

I- Alcoolisme :

-*Epidémiologie en France :* 2 millions de personnes alcoolo dépendantes.
l'alcool est responsable de 60000 décès par an

-*Diagnostic :*

- Intoxication alcoolique aiguë :
  - ivresse simple > 1g/l :
    ↳ excitation psychomotrice+ébriété+nausées vomissements
  - ivresse pathologique :
    ↳ ivresse excito-motrice
    ↳ ivresse confuso délirante.
  - coma alcoolique >3g/l = hypotonie+hypothermie+hypoTA+hypoglycémie

- Intoxication alcoolique chronique = consommation excessive et prolongée d'alcool avec répercussions organiques et/ou mentales :
  1) complications somatiques :
     - cancers des VADS
     - hypoglycémie
     - hématome sous dural
     - hépatopathie (cirrhose, stéatose)
     - troubles neurologiques centraux et périphériques
  2) complications psychiatriques :
     a) syndrome de sevrage : Delirium tremens = urgence
     - syndrome confuso onirique
     - déshydratation
     - signes neurologiques : dysarthrie et tremblements

     b) encéphalopathie alcoolique :
     Syndrome de Gayet-Wernicke : dû à un déficit en vitamine B1
     - syndrome confusionnel
     - syndrome cérebelleux
     - paralysie oculomotrice (nystagmus et VI)

Syndrome de Korsakoff
- amnésie antérograde avec oubli à mesure.
- fabulation, anosognosie, fausses reconnaissances
- polynévrite

-Prise en charge : globale et multidisciplinaire dans des réseaux et filières de soins.

- Médicale :
  - arrêt de l'alcool
  - préDT et délirium tremens : hospitalisation : réhydratation + Vitamine B1B6PP + BZD
  - traitement des complications de l'alcool
- Psychologique : psychothérapie cognitivo comportementale, de soutien.
- Sociale : réinsertion, association des alcooliques anonymes
- Surveillance : suivi régulier dans un centre d'alcoologie.

II- Tabac : la nicotine est une substance psychostimulante

-Pathologie :

- Cancéreuse : cancer du poumon, cancer des VADS, cancer de vessie
- Facteur de risque cardiovasculaire
- Bronchite chronique, emphysème

-Prise en charge :

- Médicale : après évaluation de la dépendance : questionnaire de Fagerström et motivation du patient.
  - Arrêt du tabac
  - Substitut nicotinique
  - Traitement des comorbidités
- Psychologique : Psychothérapie de soutien + Cognitivo comportementale
- Surveillance : suivi au moins 6 mois après sevrage.

III- Opiacés :

-Diagnostic :

- Intoxication aiguë : stupeur, myosis, bradycardie.
- Intoxication chronique : syndrome déficitaire
- Syndrome de sevrage : syndrome grippal, agitation, confusion
- Surdosage : myosis+dépression respiratoire + trouble de la conscience.

-Bilan :

- Clinique :
  - marginalisation, conduite déviante, syndrome déficitaire
  - cachexie aménorrhée, impuissance
  - complications : abcès, endocardite.
- Paraclinique : sérologie des hépatites et HIV.

-Prise en charge

1) Cure de sevrage : après bilan somatique.

- Médicale : hospitalisation avec contrat de sevrage en isolement.
  - Arrêt des opiacés
  - Réhydratation et renutrition et vitaminothérapie
  - Antalgique
  - Anxiolytique
  - Hypnotiques
  - Clonidine (Catapressan®) : agoniste α 2 central.
  - Dans certain cas thérapie substitutive : méthadone ou Subutex®.
- Sociale : réadaptation
- Psychologique : psychothérapie de soutien
- Surveillance post cure

2) Du surdosage : libération des voies aériennes supérieures + Naloxone (Narcan®)

N°46 - SUJETS EN SITUATION DE PRECARITE

I- Facteurs de risques : économiques (chômage), isolement social, handicap.

II- Evaluation : score de précarité :

- Individuel : nationalité / scolarité/ diplômes / emploi / assurance maladie
- Ménage : taille et revenu
- Global = individuel + ménage

III- Mesures de protection :

- CMU : personnes en situation régulière et stable > 3mois
- CMU complémentaire
- AME : personnes en situation irrégulière justifiant une identité.

IV- Prise en charge : globale et multidisciplinaire

- Médicale : symptomatique.
- Psychologique.
- Sociale : Situation administrative- Argent- Logement- Amis- Droits sociaux- Emploi.

BASES PSYCHOPATHOLOGIQUES DE LA PSYCHOLOGIE MEDICALE - N°47

I- Conséquences psychiques de la maladie : régression et blessure narcissique.

II- Réactions du patient :
Adaptation, suradaptation, déni du trouble, réaction persécutive, isolation.

III- Réaction du patient à la maladie chronique : Choc initial → dénégation → révolte → marchandage → acceptation → résignation

GRANDS COURANTS DE LA PENSEE PSYCHIATRIQUE - N°48

I- A l'origine : 2 grands courants : organiciste et psychologique.

II- La psychiatrie moderne : psychanalyse, comportementalisme, cognitivisme, neurobiologisme.
Actuellement elles doivent être considéré comme complémentaires.

MODULE 4

HANDICAP - INCAPACITE - DEPENDANCE

N°49 : Evaluation clinique et fonctionnel d'un handicap moteur cognitif et sensoriel

N°50 : Complications de l'immobilité et du décubitus. Prévention et prise en charge.

N°51 : L'enfant handicapé : orientation et prise en charge.

N °52 : Le handicap mental : tutelle, curatelle, sauvegarde de justice.

N°53 : Principales techniques de rééducation et de réadaptation. Savoir prescrire la masso-kinésithérapie et l'orthophonie.

EVALUATION CLINIQUE ET FONCTIONNEL D'UN HANDICAP MOTEUR COGNITIF ET SENSORIEL - N°49

I- Evaluation :

- Symptômes (asthénie, douleur, fatigabilité)
- Incapacités dans les actes de la vie quotidienne
- Taux d'incapacité évalué par la COTOREP

II- Orientation professionnelle :

La COTOREP classe en 3 catégories :
A : handicap léger provisoire
B : handicap modéré et durable
C : handicap grave et définitif
Et elle prononce l'orientation du travailleur handicapé en milieu ordinaire ou en milieu spécialisé (centre d'aide par le travail et ateliers de travail protégés).

III- Retentissement social : la COTOREP attribue :

- La carte d'invalidité si handicap > 80%,
- Les aides et allocations (allocation adulte handicapé, allocation logement, allocation compensatrice),
- Le macaron GIC,
- L'accès vers un établissement social (foyers d'hébergement, de vie).

COMPLICATIONS DE L'IMMOBILITE ET DU DECUBITUS PREVENTION ET PRISE EN CHARGE - N°50

I- Complications :

- Cardiovasculaires : thromboemboliques et hypotension orthostatique
- Dermatologiques : escarres
- Pulmonaires : pneumopathies d'inhalation, atélectasies
- Digestive : anorexie, dénutrition, constipation
- Appareil locomoteur : rétraction tendineuses, ostéoporose
- Neurologique et psychiatrique
- Urinaires : lithiases et infections

II- Prévention :

- Education du personnel soignant.
- Escarres : support adapté, changement de position régulière, kiné musculaire, nutrition et hydratation.
- Thromboembolique : bas de contention-HBPM, lever précoce, héparine à dose préventive.
- Pneumopathie : kiné respiratoire, repas 1/2 assis.

N°51 - L'ENFANT HANDICAPE : ORIENTATION ET PRISE EN CHARGE.

I- Orientation :

La CDES (Commission Départementale d'Education Spéciale) à 4 missions :

- Evalue le handicap,
- Oriente vers structures adaptées,
- Attribue l'allocation d'éducation spéciale et
- Attribue la carte d'invalidité.

Prise en charge multidisciplinaire.

II- Lieux de soins : domicile à privilégier ou secteur sanitaire ou établissement médicosocial.

III- Scolarisation : intégration en milieu ordinaire à privilégier sinon milieu spécialisé.

N °52 - LE HANDICAP MENTAL : TUTELLE, CURATELLE, SAUVEGARDE DE JUSTICE.

I- Sauvegarde de justice :

Mesure d'urgence, transitoire (2 mois)

-*Mise en œuvre* :

- Avis psychiatrique
- Certificat médical au procureur de la république.
- Désignation d'un mandataire

-*Effets* : Conserve ses droits.

-*Cessation* : au bout des 2 mois ou certificat médical.

II- Tutelle :

-*Mise en œuvre* :

- Certificat médical par psychiatre expert
- Audition du patient devant le juge des tutelles.
- Désignation d'un tuteur.

-*Effets* : perte des droits totale et durable

-*Cessation* : main levée, décès, sur demande du juge.

III- Curatelle :

-*Mise en œuvre* : idem tutelle. Désignation d'un curateur.

-*Effets* : moins complète que la tutelle car conserve le droit de vote et fait son testament.

-*Cessation* : idem tutelle.

PRINCIPALES TECHNIQUES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION. SAVOIR PRESCRIRE LA MASSO-KINESITHERAPIE ET L'ORTHOPHONIE - N°53

I- Masso-kinésithérapie :

-Principales techniques :

- Renforcement musculaire,
- Lutte contre la raideur,
- Rééducation proprioceptive,
- Massage,
- Rééducation périnéale,
- Rééducation respiratoire = drainage (accélération du flux expiratoire et toux contrôlée) + expansion thoracique.

-Prescription : but / régions à traiter / urgent /domicile

II- Orthophonie :

-But : communication orale et écrite.

-Indications :

- Dysarthries,
- Troubles de la déglutition,
- Trouble du langage écrit et oral,
- Dysphonie,
- Surdité.

-Prescription :

- Bilan orthophonique d'investigation
- Demande d'entente préalable à la CPAM.

MODULE 5

VIELLISSEMENT

N°54 : Vieillissement normal : aspect biologique, fonctionnels et relationnels. Données épidémiologiques et sociologiques. Prévention du vieillissement pathologique.

N°55 : Ménopause et andropause.

N° 56 : Ostéoporose.

N°57 : Arthrose

N°58 : Cataracte.

N°59 : La personne âgée malade : particularité sémiologique, psychologique et thérapeutique.

N°60 : Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé.

N°61 : Troubles nutritionnels chez le sujet âgé.

N°62 : Trouble de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé.

N° 63 : Confusion, dépression et démences chez le sujet âgé.

N° 64 : Autonomie et dépendance chez le sujet âgé.

VIEILLISSEMENT NORMAL : ASPECT BIOLOGIQUE, FONCTIONNELS ET RELATIONNELS. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ET SOCIOLOGIQUES. PREVENTION DU VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE. - N°54

I- Effets du vieillissement normal : diminution des réserves fonctionnelles.
(Métabolique, cardiovasculaire, respiratoire, sensoriels, digestif, locomoteur, urinaires)

II- Epidémiologie : en 2000, 20% de plus de 60 ans.

- Vieillissement de la population dû à la baisse de la natalité et de la mortalité.
- Espérance de vie : 82 ans pour la femme et 74 ans pour l'homme.
- Conséquence sociale : isolement des personnes âgées.
- Conséquence économique : système des retraites par répartition insuffisant.

III- Principes de prévention :

- Règles hygiéno-diététiques : alimentation équilibrée riche en calcium, hydratation 1, 5l d'eau/j, arrêt des toxiques, activité physique régulière.
- Suivi médical régulier, vaccin contre la grippe si > 65 ans.
- Stimulation intellectuelle
- Dépistage précoce des pathologies : troubles cognitifs, dépression, chutes, iatrogénie.

N°55 - MENOPAUSE ET ANDROPAUSE.

I- Ménopause :

-*Diagnostic* : il est clinique = aménorrhée secondaire >12 mois.

-*Conséquences* :

- Augmentation des maladies thromboemboliques.
- Ostéoporose.
- Syndrome climatérique : bouffée de chaleur, irritabilité, prise de poids.

-*Prise en charge* :

- Médical : Traitement hormonal substitutif (THS)

  a) Eliminer les contre-indications :
  - ATCD de cancer hormono-dépendant.
  - ATCD de maladie thromboembolique.

  b) Bilan préthérapeutique :
  - Information de la patiente : bénéfice sur ostéoporose et syndrome climatérique.
  - Clinique :
    - ↪ Recherche d'un syndrome climatérique.
    - ↪ TA, palpation des seins, frottis cervico-vaginal.
  - Paraclinique :
    - ↪ mammographie, bilan lipidique, glycémie à jeun.
  - Surveillance : efficacité (syndrome climatérique) tolérance (clinique et bilan).

  c) Schéma thérapeutique : œstrogène de j1 à j25 + progestatif de J15 à J25 puis arrêt 7 j.
- Surveillance

II- Andropause :

Déficit androgénique partiel de l'homme âgé.

La signification d'un déficit en testostérone et l'intérêt de sa correction ne sont pas établis. Une testostéronémie effondrée doit faire éliminer un hypogonadisme centrale.

OSTEOPOROSE - N° 56

I- Définition : ostéodensitométrie < ou=-2, 5DS.

II- 7 FDR :

- Antécédents familiaux
- Ménopause précoce
- Petit BMI
- Corticothérapie
- Apports calciques faibles
- Intoxications tabagique et alcoolique
- sédentarité

III- Diagnostic : fracture chez une femme ménopausée
Radius >col du fémur>tassement vertébraux (lombaire avec respect du mur postérieur.)

IV- Bilan :

- Clinique : diminution de la taille.
- Paraclinique :
  - Diagnostic positif :
    - ↪ Densité Minérale Osseuse si : CI au THS, ATCD personnel de fracture et FDR.
    - ↪ Radios du rachis dorsolombaire crâne et bassin :
      - → Signes positifs : hypertransparence osseuse, amincissement cortical, aspect peigné des vertèbres.
      - → Signes négatifs : absence de lyse corticale et absence de géode.
  - Diagnostic différentiel : NFS, Vs, EPP, PAL Bilan phospho-calcique, créatininémie.

V- Prise en charge précoce :

- Médicale :
  - Règles hygiéno-diététiques : éradications des facteurs de risque, activité physique, alimentation riche en calcium et vitamine D, prévention des chutes.
  - Femme < 80 ans : THS / femme > 80 ans : calcium+vitD
  - Ostéoporose fracturaire : bisphosphonate (alendronate)
  - Si corticoïdes : >7,5mg/j pdt > 3mois : alexandrite + vitamine D et calcium
- Surveillance :
  - Clinique : taille et compliance.
  - Paraclinique : DMO tous les 2 à 5 ans en l'absence de THS.

N°57 - ARTHROSE

I- Diagnostic : clinique = douleur mécanique.

II- Bilan :

- clinique :
  - A l'interrogatoire : signes fonctionnels, retentissement (périmètre de marche).
  - Examen clinique : bilatéral et comparatif : inspection (déformation, marche), mobilité, BMI.
  - 2 articulations fréquemment atteintes : coxarthrose et gonarthrose
- Paraclinique : Radios de l'articulation :
  - Pincement articulaire localisé
  - Ostéocondensation et
  - Géode sous chondrales, ostéophytose
  - Réaction synoviale

III- Prise en charge :

- Médicale :
  - Règles hygiènodiététiques : économie articulaire (perte de poids, éviter le port de charge lourde, adaptation du poste de travail, port d'une canne du coté sain, réduire les attitudes vicieuses)
  - Kinésithérapie
  - Antalgiques

Si échec infiltrations, parfois traitement chirurgical.

- Surveillance :
  - clinique : EVA, consommation d'antalgiques, périmètre de marche, indices fonctionnels et
  - paraclinique : radios de l'articulation 2 fois/an.

CATARACTE - N°58

I- Bilan :

- Clinique : examen bilatéral et comparatif
  - SF : halos colorés, myopie d'indice.
  - Lampe à fente : opacités cristalliniennes nucléaires /corticales/sous capsulaires
- Paraclinique : écho mode B

II- Prise en charge : chirurgicale

- Extraction extracapsulaire par phakoémulsification
- Implant de chambre postérieure

III- Complications :

- **Opératoires :** hémorragie expulsive, œdème cornéen, rupture de la capsule postérieure, issue de vitrée, endophtalmie, uvéite postopératoire.
- **Tardives :** Cataracte secondaire, Hypertonie, Décollement de rétine, Œdème maculaire cystoïde, œdème cornéen.

LA PERSONNE AGEE MALADE : PARTICULARITE SEMIOLOGIQUE, PSYCHOLOGIQUE ET THERAPEUTIQUE - N°59

I- Syndrome de fragilité : risque permanent de décompensation fonctionnelle conduisant à une aggravation de l'état de santé et à la dépendance.

II- Particularités du sujet âgé :

- Sémiologique : symptômes atypiques voire absents, polypathologie, interrogatoire difficile car hypoacousie et troubles mnésiques.
- Psychiques : mort, angoisse, dépression → risque de fuite, régression, dépendance.

III- Thérapeutique en gériatrie : prise en charge globale et multidisciplinaire.

- Hiérarchiser : améliorer la qualité de vie
- Consentement du patient au projet de soins
- Evaluer l'état de santé
- Prévention de la perte d'autonomie
- Soutien psychologique

N°60 - DEFICIT NEUROSENSORIEL CHEZ LE SUJET AGE

I- Trouble de la vision : DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age)

-Bilan :

- Clinique :
  - SF : syndrome maculaire (BAV de près, scotome central, métamorphopsie, micropsie trouble de la vision des couleurs et des contrastes)
  - FO : drusen (forme latente) → plage d'atrophie de la rétine (forme atrophique) → néovaisseaux, œdème et hémorragie (forme exsudative)
- Paraclinique : angiographie : recherche de néovaisseaux.

-Prise en charge : photocoagulation laser dans les formes exsudatives.

-Prévention :

- Arrêt du tabac,
- Photoprotection,
- Equilibre d'un diabète et d'une TA,
- Rééducation basse vision,
- Verres grossissants.

II- Troubles de l'audition : Presbyacousie :

-Bilan :

- Clinique :
  - Surdité de perception pure bilatérale et symétrique
  - Réflexes Stapédien conservé : recrutement.
  - Conséquences : isolement social.
- Paraclinique : discordance entre l'audiométrie tonale et vocale traduisant un trouble de la discrimination.

-Prise en charge : audioprothèse, orthophonie.

-Prévention : éviter les traitement ototoxiques et l'exposition aux bruits.

TROUBLES NUTRITIONNELS CHEZ LE SUJET AGE - N°61

I- Bilan :

- Clinique :
  - Ingestas relevés par la famille ou aide soignante.
  - Etat nutritionnel : poids, taille et BMI.
  - Etat d'hydratation.
- Paraclinique :
  - Anthropométrie : circonférence brachiale et pli cutané
  - Biologique : albumine, préalbumine, fer, ferritine, TP, vit K.

II- Conséquences :

- Institutionnalisation
- Chutes
- Asthénie
- Carence
- Infection
- Mortalité
- Morbidité accrue

III- Prise en charge :

- Médicale :
  - Réalimentation orale progressive,
  - Augmenter les apports hydriques,
  - Fractionner les repas, adapté au goût du patient,
  - Supplémentation en calcium vitamine D,
  - Si besoins compléments nutritionnels,
  - Hygiène buccodentaire et soins de bouche.
- Psychologique : psychothérapie de soutien,
- Sociale : améliorer le contexte social.
- Surveillance : clinique : poids, BMI, TA, transit, appétit, hydratation.

N°62 - TROUBLE DE LA MARCHE ET DE L'EQUILIBRE.CHUTES CHEZ LE SUJET AGE

I- Facteurs de risque de chute :

- Neurologiques :
  - centraux : AVC, dégénératif, tumoral, maladie de parkinson, hydrocéphalie à pression normale.
  - périphériques
- Neuromusculaire
- Ostéoarticulaire : arthrose
- Neurosensorielle : altération de la vision +++

II- Facteurs précipitants

- Intrinsèques :
  - cardiologiques : trouble du rythme, troubles de conduction , IDM, embolie pulmonaire
  - vasculaires : hypotension orthostatique
  - neurologique : AVC, confusion…
  - métabolique : hypoglycémie, hypocalcémie, dyskaliémie
- Extrinsèque : habillement, mobilier, obstacle au sol .

III- Bilan d'une chute :

- Clinique :
  - Facteurs de risques : neurologique (équilibre et marche) et cardiovasculaire (hypoTA orthostatique), ostéoarticulaires, sensoriels.
  - Complications : traumatique, métabolique, de décubitus, psychomotrices.
- Paraclinique systématique :
  - biologique : glycémie, NFS-plaquettes, ionogramme urémie créatininémie, CPK.
  - ECG
  - Radiologique : radio de thorax, TDM cérébral
  - En cas de traumatisme : VAT, radio des membres.

IV- Prise en charge : URGENCE précoce, globale et multidisciplinaire

- Médicale :
  - Symptomatique : traumatologique et complications de décubitus.
  - Etiologique : éradication des facteurs de risques et précipitants
  - Kinésithérapie : verticalisation précoce, prévention du syndrome post-chute apprentissage du relevé du sol
- Psychologique : - psychothérapie de soutien : réassurance
- Sociale : - Evaluation médicosociale de la dépendance

V- Prévention :

- Primaire :
  - dépistage et traitement des facteurs de risques de chute.
  - prévention de l'ostéoporose
- Secondaire :
  - facteurs prédictifs de récidives : nombres de chutes antérieures, temps passé au sol >3h, station unipodale <5s, test de Tinetti, get up and go, altération des réactions d'adaptation posturale, marcher-parler.
  - Ergothérapie.

N° 63 - CONFUSION, DEPRESSION ET DEMENCES CHEZ LE SUJET AGE.

I- Syndrome confusionnel :

-Diagnostic :

- Obnubilation de la conscience
- Fluctuation de la vigilance
- Désorientation temporo-spatiale (DTS)
- Perplexité anxieuse.
- Inversion du rythme nycthéméral
- Délire onirique.

-Bilan :

- Clinique : recherche étiologique : iatrogénie, T°C, touchers pelviens, toucher rectal, examen neurologique, déshydratation.
- Paraclinique guidé par la clinique : ne pas oublier Glycémie, calcémie, TDM cérébral.

-Prise en charge : URGENCE

- Médicale :
  - symptomatique : réhydratation, neuroleptiques si besoin.
  - étiologique : arrêt des médicaments, traitement d'une infection
- Psychologique :
  - réassurance
  - chambre calme.
- Surveillance.

II- Syndrome démentiel :

-Diagnostic : Détérioration globale des fonctions cognitives chez une personne ayant un état de conscience normale.

-Bilan : pour éliminer une cause non dégénérative :

- Clinique : évaluation audition, vision et MMS, test des 5 mots et IADL.
- Paraclinique :
  - biologique : NFS-plq, VS, bilan rénal, glycémie, calcémie, TSH, sérologie HIV et TPHA-VDRL, vitB12, BHC
  - radiologique : scanner cérébral.

-Prise en charge : globale et multidisciplinaire.

- Médicale :
  - symptomatique : stimulation intellectuelle, nutrition, hydratation.
  - étiologique : éradication des facteurs aggravants (anticholinergiques)
- Social : 100%, tutelle, aides ménagères, aide aux aidants.
- Psychologique : soutien psychologique du patient et de entourage
- surveillance : MMS, IADL, nutrition, maltraitance.

III- Maladie d'Alzeihmer :

-Définition : syndrome aphaso-apraxo-agnosique à début progressif et déclin continu sans autres atteintes du SNC.

Diagnostic histologique : plaques séniles et dégénérescence neurofibrillaires prédominant dans le lobe temporal et l'hippocampe, angioplastie amyloïde et perte neuronale.

-Bilan :

- Clinique : idem démence + test de l'horloge caractérisant un trouble de l'encodage.
- Paraclinique :
  - idem démence
  - Scanner cérébral : atrophie corticale diffuse.

-Prise en charge : Idem démence + anticholinestérasique (donépézil)

IV- Etat dépressif :

-Diagnostic : particularités du sujet âgé :

- Peut révéler ou simuler une démence ou une maladie de Parkinson
- Retard des signes
- Plaintes somatiques.
- Risque suicidaire.

-Bilan : particularité du sujet âgé

- Clinique : geriatric depression scale

-Prise en charge : en urgence précoce et multidisciplinaire.

- Médicale :
  - symptomatique : hydratation, renutrition.
  - étiologique :
    - ↪ inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine (9 mois).
    - ↪ sismothérapie si mélancolie.
- Psychologique : psychothérapie de soutien
- Sociale : aide à domicile.
- Surveillance régulière : efficacité, tolérance.

N ° 64 - AUTONOMIE ET DEPENDANCE CHEZ LE SUJET AGE.

I- Définition : autonomie : capacité à se gouverner soi-même.

II- Evaluation :

- Médicale :
  - examen clinique :
    - ↳ physique : marche équilibre
    - ↳ psychique : MMS
- Sociale :
  - ADL et IADL
  - AGGIR

III- Facteur de risque de perte d'autonomie :

- Hospitalisations
- Isolement social
- Age avancé
- Polypathologie
- Malnutrition

IV- Prise en charge :

- Médicale : médecin, infirmières, kiné
- Sociale :
  - aides matérielles
  - aides humaines : famille, voisins, bénévoles.

MODULE 6

DOULEUR- SOINS PALLIATIFS- ACCOMPAGNEMENT

N° 65 : Bases neurophysiologiques et évaluation d'une douleur aiguë et chronique

N°66 : Thérapeutiques antalgiques médicamenteuses et non médicamenteuses.

N°67 : Anesthésie locale, locorégionale et générale

N°68 : Douleur de l'enfant : sédation et traitements antalgiques.

N°69 : Soins palliatifs pluridisciplinaires chez un malade en fin de vie. Accompagnement d'un mourant et de son entourage.

N° 70 : Deuil normal et pathologique

BASES NEUROPHYSIOLOGIQUES ET EVALUATION D'UNE DOULEUR AIGUE ET CHRONIQUE - N° 65

I- 4 types de douleur :

- Excès de nociception
- Neurogène
- Médiée par le sympathique
- Sine materia

II- Evaluation d'une douleur :

- Mécanisme de la douleur : type, horaire, durée, continue ou paroxystique.
- Intensité : EVA, échelles fonctionnelles de qualité de vie
- Siège, facteurs aggravants et soulageants
- Réponse au traitement- observance médicamenteuse et nombre d'heures de soulagement
- Evolution et pronostic de la maladie ou du symptôme

THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES MEDICAMENTEUSES ET NON MEDICAMENTEUSES - N°66

I- Stratégie de prise en charge globale d'une douleur aiguë ou chronique

-*Prise en charge :* multidisciplinaire- personnalisée- adaptée à la douleur

- Médicale
  - Symptomatique : médicamenteuse : paliers OMS + analgésiques non médicamenteuse : kinésithérapie, radiothérapie
  - Etiologique
- Psychologique : soutien psychologique
- Surveillance : évaluation régulière de l'efficacité et de la tolérance des médicaments.

II- Prescrire les thérapeutiques (P)

- prescrire = ordonnance avec : nom du patient, date, nom et signature du médecin.

3 paliers OMS :

1- palier 1 : paracétamol : 1gx3/j

2- pallier 2 : dextropropoxyphène30mg+ paracétamol 400 mg : 2cpx 3/j

3- palier 3 :

- morphine : sur une ordonnance sécurisée, en toutes lettres.
- Titration per os :
  - ↪ 1 mg/kg/j de morphine à libération immédiate en 6 prises

↪ Réévaluation à 24 h : si insuffisant : augmentation de 50% de la dose totale jusqu'à soulagement de la douleur.
↪ Puis relais par morphine LP en 2 prises par jour de cette dose totale.
- morphine à libération prolongée : dose déterminée après titration (ex : sulfate de morphine : Skénan®)
  ↪ interdoses de morphine à libération immédiate : 1/6 de la dose totale toutes les 4 heures (ex : sulfate de morphine : Actiskénan®)
  ↪ laxatif et antiémétique
- surveillance

4- Coanalgésiques : AINS : diclofénac : 50 mg x 3 /jour, benzodiazépines, antispasmodiques…

Evaluer l'efficacité d'un traitement antalgique : QS question° 65

N°67 - ANESTHESIE LOCALE, LOCOREGIONALE ET GENERALE

Dans un dossier de chirurgie : penser à la consultation anesthésie
Indications, contre indications et risques de l'anesthésie

	Indications	Contre indications	Risques
Anesthésie locale		Refus du patient, allergie, cardiopathie et prise de médicaments cardiotropes	Locaux : toxicité nerveuse Généraux : passage systémique : troubles neurologiques (somnolence, logorrhée, acouphènes), et cardiaques (ino -dromo- chronotrope négatif)
Anesthésie loco régionale		Refus, infection au point de ponction, troubles de l'hémostase, troubles neurologiques mal étiquetés. Hypovolémie pour rachianesthésie et péridurale	Echec Choc anaphylactique Hématome, infection, dissection
Anesthésie générale	Refus d'ALR	Pas de contre indication absolue : rapport bénéfices/risques, stades ASA.	Choc anaphylactique, difficulté d'intubation et inhalation, Hypotension, compressions nerveuses

II- Cadre réglementaire : 6 obligations

- Consultation préanesthésique
- Visite préanesthésique dans les heures précédant l'intervention-
- Etablissement conjoint du tableau opératoire entre les différents acteurs
- Monitoring : scope, SpO2, PNI, EtCO2, FiO2, spirométrie
- Surveillance post op en SSPI
- En cas d'urgence : pas de consultation obligatoire.

DOULEUR DE L'ENFANT : SEDATION ET TRAITEMENTS ANTALGIQUES - N°68

I- Diagnostic :

Douleur aiguë : enfant agité, cris, pleurs, troubles du sommeil
Douleur chronique : atonie psychomotrice

II- Evaluation :

Echelles d'évaluation :

- < 3ans : hétéroévaluation par EVA et échelles (type CHEOPS)
- > 3 ans : autoévaluation possible : échelle des visages +++
- dès 5 ans : EVA

Toujours : rassurer et informer enfant et parents.

III- Médicaments utilisables chez l'enfant

- Pallier 1 : paracétamol à tout âge : 60mg/kg/j
- Pallier 2 : codéine (Codenfan®) : dès 1 an : 6 mg/kg/j
- Pallier 3 : nalbuphine (Nubain®) dès 18 mois : 0, 8 mg/kg/j
  morphine dès 6 mois : après titration
- Coanalgésiques : AINS = ibuprofène : dès 6 mois : 40mg/kg/j,
  Patch d'EMLA® pour tout geste invasif.

Surveillance régulière de l'efficacité et de la tolérance

N°69 - SOINS PALLIATIFS PLURIDISCIPLINAIRES CHEZ UN MALADE EN FIN DE VIE. ACCOMPAGNEMENT D'UN MOURANT ET DE SON ENTOURAGE.

I- Définition : Soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte de maladie grave à un stade évolué

II- Prise en charge multidisciplinaire :

- Soins continus pour assurer la qualité de la fin de vie et l'accompagnement.
- Limiter les actes invasifs et les examens complémentaires
- Soulager la douleur
- Assurer le confort du patient : lutte contre la constipation, nursing bains de bouche, lutte contre la dyspnée (kinésithérapie respiratoire, scopolamine, O2, petites doses de morphine et anxiolytiques.)
  Nutrition et hydratation adaptées, fractionnées, en favorisant la forme Per Os.
  - Assurer une présence régulière auprès du patient
  - Soutien psycho-socio-culturel et information régulière du patient et de la famille.

III- 3 principes éthiques : dignité- autonomie- liberté.

N° 70 - DEUIL NORMAL ET PATHOLOGIQUE

I- Différencier un deuil normal d'un deuil pathologique

Deuil normal = 95%= 3 étapes : choc → dépression réactionnelle → soulagement.

Deuil pathologique = 5% = fixation à l'une des étapes du deuil source de complications psychologiques et de troubles du comportement : risque suicidaire

II- Prévention et traitement

- Ecoute et soutien, expliquer que le deuil est normal et nécessaire
- Favoriser l'intégration dans des groupes de parole et la verbalisation
- Chimiothérapie en dernier recours

MODULE 7

SANTE ET ENVIRONNEMENT - MALADIES TRANSMISSIBLES

N°71 : Mesure de l'état de santé de la population.
N°72 : Interprétation d'une enquête épidémiologique.
N°73 : Risques sanitaires liés à l'eau et à l'alimentation. Toxi-infections alimentaires.
N°74 : Risques sanitaires liés aux irradiations. Radioprotection.
N°75 : Epidémiologie et prévention des maladies transmissibles. Définition : épidémie endémie pandémie.
N°76 : Vaccinations : bases immunologiques, indications, efficacité, complications.
N°77 : Angines et pharyngites de l'enfant et de l'adulte. (P)
N°78 : Coqueluche
N°79 : Ectoparasitose cutanée : gale et pédiculose

N°80 : Endocardite infectieuse.
N°81 : Fièvre aiguë chez un malade immunodéprimé
N°82 : Grippe
N° 83 : Hépatites virales.
N°84 : Infections à herpès virus de l'enfant et de l'adulte immunocompétent.
N°85 : Infection à VIH
N°86 : Infections broncho-pulmonaires du nourrisson de l'enfant et de l'adulte.
N°87 : Infections cutanéo-muqueuse bactériennes et mycosiques.
N°88 : Infections génitales de la femme. Leucorrhées.
N°89 : Infections génitales de l'homme. Ecoulement urétral.

N° 90 : Infections naso-sinusiennes de l'enfant et de l'adulte.
N°91 : Infections nosocomiales :
N°92 : Infections ostéo-articulaires. Discospondylite.
N°93 : Infections urinaires de l'enfant et de l'adulte.
N°94 : Maladies éruptives de l'enfant.
N°95 : Maladies sexuellement transmissibles

N°96 : Méningites infectieuses et méningo-encéphalite chez l'enfant et chez l'adulte.
N°97 : Oreillons.
N°98 : Otalgies et otites chez l'enfant et chez l'adulte
N° 99 : Paludisme

N° 100 : Parasitoses digestives
N° 101 : Pathologies d'inoculation
N° 102 : Pathologies des migrants
N° 103 : Prévention du tétanos
N° 104 : Septicémie
N°105 : Surveillance des porteurs de valve et de prothèse vasculaire
N°106 : Tuberculose
N°107 : Voyage en pays tropical : conseils avant le départ, pathologies du retour : fièvre, diarrhée.
N° 108 : Environnement professionnel et santé. Prévention des risques professionnels ; organisation de la médecine du travail
N° 109 : Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions
N° 110 : Besoins nutritionnels et apports alimentaires de l'adulte ; évaluation de l'état nutritionnel ; dénutrition. cf. N° 16, 61 et 179.
N°111 : Sport et santé ; aptitude aux sports chez l'enfant et l'adulte ; besoins nutritionnels du sportif.

MESURE DE L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION - N°71

4 indicateurs :
- Morbidité
- Mortalité
- Handicap
- Facteur de risque

4 caractéristiques :
- fiable
- exact
- disponible
- valide

I- Les indicateurs de la morbidité :

- Incidence
- Prévalence = incidence x temps.
- Taux d'attaque

3 Types de morbidité :

- Ressentie
- Diagnostiquée
- Réelle

II- Les indicateurs de la mortalité :

- Espérance de vie = 74 ans chez l'homme, 82 ans chez la femme
- Taux brut de mortalité = 9, 1/1000
- Taux de mortalité infantile = 4, 5/1000
- Taux de létalité = nombre de décès dû à la maladie/nombre de nouveaux cas

N°72 - INTERPRETATION D'UNE ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE.

I- 3 types d'enquêtes :

1) Descriptive : recueil d'information ; elle peut être transversale ou longitudinale
2) Analytique : met en évidence un lien de causalité entre un facteur de risque et une maladie :

	Prospective : Exposés/non-exposés	Rétrospective : Cas/témoins
Avantages	Peu de biais Calcul du Risque Relatif (RR)	Durée courte Organisation facile Coût faible
Inconvénient	Durée longue Coût élevé Perdu de vue	Nombreux biais Estimation du RR= odd-ratio

3) Expérimentale : recherche clinique

II- Facteurs de risque et relation de causalité entre facteur de risque et maladie :

1) Facteurs de risque :
   - risque relatif = incidence chez exposés/incidence chez non exposés
   - odd ratio = a x d/b x c

	Cas	Témoin
Exposé	a	b
Non exposé	c	d

2) Relation de causalité :
   - La cause précède la maladie
   - Relation dose – effet
   - Force de l'association : RR et OR
   - Biologiquement plausible
   - Spécificité de l'association

III- Les biais : erreur systématique entre la valeur d'un paramètre dans un échantillon et la valeur dans la population

3 types de biais :

- Biais de sélection
- Biais de classement
- Biais d'analyse

RISQUES SANITAIRES LIES A L'EAU ET A L'ALIMENTATION. TOXI-INFECTIONS ALIMENTAIRES - N°73

I- 3 Principaux risques liés à l'eau ou à l'alimentation :

- Infectieux (légionellose, parasites)
- Chimiques (saturnisme, pesticides)
- Physiques (radioactives)

II- Diagnostiquer une toxi-infection alimentaire :

- Définition : survenue de 2 cas groupés similaires dont on peut rapporter la cause à une même origine alimentaire.
- 3 critères pour distinguer les germes :
  - La durée d'incubation (4h : staphylocoque, 12h : Clostridium Perfringens, 24h : salmonelles)
  - La fièvre
  - Les signes digestifs (syndrome dysentérique ou cholériforme)
- 3 principales causes de TIAC :
  Salmonelle > staphylocoque > C.Perfringens
- 2 mécanismes :
  - Entéro-invasif : syndrome dysentérique (salmonelle, shigelle)
  - Toxinique : syndrome cholériforme (staphylocoque, C.perfringens)

III- Prévention :

- Primaire :
  - Hygiène individuelle et collective
  - Respect des protocoles de préparation et de conservation des aliments
  - Education sanitaire du public
- Secondaire : déclaration obligatoire à la DDASS

IV- Attitude pratique devant une TIAC :

- Prise en charge individuelle : médicale
- Prise en charge collective :
  - Recensement des cas
  - Identifier l'agent responsable : interrogatoire standardisé, prélèvements bactériologiques
  - Enquête cas-témoin : courbe épidémiologique et calcul du taux d'attaque
  - Enquête sanitaire
- DO à la DDASS

N°74 - RISQUES SANITAIRES LIES AUX IRRADIATIONS. RADIOPROTECTION.

I- Effets biologiques liés à l'irradiation :

- Lésions de l'ADN : rupture des liaisons, lésion de bases
- Lésions cellulaires : létales, mutation
- Radiosensibilité des tissus à partir d'une dose seuil reçue.

II- Radioprotection : elle est contrôlée par l'OPRI (office de protection contre les rayonnements ionisants) :

- Individuelle : surveillance médicale régulière avec dosimétrie, éviction des femmes enceintes des zones contrôlées
- Collective : référent en radioprotection, formation du personnel, protection contre les sources radios actives (blindages, écrans)

N°75 - EPIDEMIOLOGIE ET PREVENTION DES MALADIES TRANSMISSIBLES. DEFINITION : EPIDEMIE ENDEMIE PANDEMIE.

I- Mesures de surveillance :

- Systèmes obligatoires : déclaration obligatoire, statistique de mortalité, centres nationaux de référence.
- Systèmes volontaires : Réseaux sentinelles.

II- Mesures de prévention :

- Primaire : vaccin, hygiène, éducation et information
- Secondaire : éviction scolaire, isolement, dépistage des sujets contacts, séroprophylaxie, chimioprophylaxie.

III- Déclaration d'une maladie transmissible :

- Obligatoire selon une liste fixée
- Anonyme
- Le médecin remplit un questionnaire spécifique.
- Auprès de la DDASS
- Transmise à l'Institut de veille sanitaire qui l'analyse et publie le bulletin épidémiologique hebdomadaire.

VACCINATIONS : BASES IMMUNOLOGIQUES, INDICATIONS, EFFICACITE, COMPLICATIONS - N°76

I- Bases immunologiques :

- Immunoprophylaxie active
- Réponse immunitaire humorale et cellulaire
- Après introduction d'un antigène

II- Indications :

4 vaccins obligatoires chez l'enfant :

- Diphtérie
- Tétanos
- Poliomyélite
- Tuberculose

4 vaccins recommandés :

- ROR
- Hæmophilius influenzæ
- Coqueluche

Vaccins recommandés chez l'adulte :

- Tétanos poliomyélite
- Hépatite B
- Chez la femme jeune : rubéole
- Chez l'homme jeune : oreillons
- Personne > 65 ans : grippe.

III- 2 Contre-indications à tous les vaccins :

- Episodes infectieux évolutifs
- < 6 semaines après injection d'immunoglobulines

+ vaccins vivants atténués contre indiqués chez l'immunodéprimé et la femme enceinte. (ROR, BCG, fièvre jaune, varicelle.)

IV- Complications :

- Locales : inflammations au point d'injection
- Générales : fièvre, éruption, risques convulsifs chez l'enfant.

V- Efficacité :

- Absolue : DTpolio
- > 95% : ROR, hépatites A et B, méningocoque, Hæmophilius Influenzæ b.
- < 95% : coqueluche, pneumocoque, typhoïde, BCG, grippe.

N°77 - ANGINES ET PHARYNGITES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE. (P)

I- Angine érythémateuse et érythémato-pultacée 90%

-Germes : Streptocoque groupe A et Adenovirus, Coronavirus.

-Bilan :

- Clinique : pharynx rouge +/- enduit blanchâtre non adhérent
- Paraclinique : test de diagnostic rapide

-Prise en charge :

- Médicale :
  - antibiothérapie : pénicilline V (Oracilline®) 100000 UI/kg/j pendant 10j en l'absence d'allergie à la pénicilline
  - antipyrétiques : paracétamol
  - traitement local antiseptique : bains de bouche
- Sociale : éviction scolaire
- Surveillance : BU à 3 semaines

II- Angine pseudomembraneuse

-Germes : corynebacterium diphteriæ, MNI

-Bilan :

- Clinique : fausses membranes adhérentes
- Paraclinique : prélèvement des fausses membranes, MNI test, NFS, transaminase.

-Prise en charge :

- de la diphtérie : URGENCE
  - Médicale :
    - Etiologique : - antibiothérapie : pénicilline G 100000 UI/kg/j
      - sérothérapie antitoxinique
    - Symptomatique : réhydratation + antipyrétique
  - Sociale : Isolement, déclaration obligatoire et dépistage des sujets contacts
- de la MNI : cf N°

III- Angine ulcéronécrotique :

-Diagnostic : ulcérations à fond nécrotique ou hémorragique.

Angine bilatérale : penser à agranulocytose → NFS en URGENCE

Angine unilatérale : penser à l'angine de Vincent, la syphilis, le carcinome épidermoïde du pharynx.

IV- Angine vésiculeuse :

-Germes : coxsachie A (syndrome pieds-mains-bouche), HSV1.

-Diagnostic : vésicules sur fond érythémateux

-Prise en charge : symptomatique.

COQUELUCHE - N°78

I- Diagnostic :

- Clinique : Contage chez un nourrisson non vacciné,
  - Incubation : 7 à 15 j
  - Phase catarrhale : rhinite + toux sèche
  - Quintes de toux nocturne en contexte apyrétique
  - Recherche de signes de gravité.
- Paraclinique :
  - NFS : hyperlymphocytose
  - Recherche de Bordatella pertussis sur sécrétions pharyngées en culture sur milieu de Bordet Gengou, par PCR, par IFD.

II- Complications :

- Des quintes : apnée, asphyxie, syncopes, cyanose, vomissements,
- Neurologiques : convulsions,
- Surinfections
- Mécaniques
- Nutritionnels : déshydratation et dénutrition

III- Prise en charge :

- Médicale :
  - étiologique : antibiothérapie par macrolides 14 j
  - symptomatique : antipyrétiques
- Sociale :
  - Isolement - éviction scolaire
  - Dépistage et traitement des sujets contacts
- Surveillance :
  - T°C
  - Quintes : nombre, horaire, intensité et tolérance
  - Examen neurologique
  - Etat nutritionnel et d'hydratation

N°79 - ECTOPARASITOSE CUTANEE : GALE ET PEDICULOSE

I- Gale.

-Diagnostic :

- Clinique :
  - Prurit familial ou collectif
  - Localisation : espaces interdigitaux, faces antérieures des poignets
  - Lésions : sillons scabieux, vésicules perlées, nodules scabieux
- Paraclinique :
  - Bilan MST
  - Produit de grattage des sillons au microscope met en évidence le parasite : sarcopte scabiei hominis

-Prise en charge :

- Médicale :
  - Symptomatique : si impétiginisation bains antiseptiques.
  - Etiologique : traitement antiparasitaire local : scabicide 2 jours de suite
  - Désinfection du linge : lavage à 60°C.
- Sociale : Traitement des sujets contacts.
- Surveillance : Clinique à J8.

-6 Causes de persistance du prurit à une semaine :

- Réinfestation - observance
- eczéma de contact - acarophobie
- réaction immunoallergique - lésions de grattage

II- Pédiculose

-Diagnostic : prurit du cuir chevelu, contexte épidémique

-Prise en charge :

- médicale
  - étiologique : pédiculicide et lenticide : Malathion® : 2 applications à 24 h d'intervalle.
  - décontamination parasitaire des vêtements : lavage à 60° + repassage.
- Sociale :
  - dépistage et traitement de l'entourage
  - alerter le médecin scolaire pour organiser le dépistage
  - pas d'éviction scolaire si traitement entrepris le jour du diagnostic.

- surveillance

ENDOCARDITE INFECTIEUSE - N°80

I- Bilan :

- Clinique : fièvre + souffle cardiaque

2 formes cliniques :
  - Aiguë : endocarde sain, chez un toxicomane, à staphylocoque doré
  - Subaiguë d'Osler : splénomégalie, purpura, faux panaris d'Osler, érythème palmo-plantaire de Janeway, nodules de Roth.

Sur valve native ou prothèse

- Paraclinique :
  - Diagnostic :
    - Hémocultures : répétés sur milieu aérobie et anaérobie
    - ETT puis ETO : elle peut être normale,
      Elle recherche des végétations, des complications (abcès septale ou annulaire, régurgitation, fonction cardiaque) et une valvulopathie sous jacente.
  - Complications : NFS, VS, CRP, ECG, Radio de thorax, bilan rénal et bilan immunologique
  - Etiologique : recherche d'une porte d'entrée

II- Complications :

- Cardiovasculaires : I. cardiaque, Trouble du rythme et troubles de la conduction par abcès septale, emboles septiques, anévrismes mycotiques.
- Neurologiques : dû aux emboles septiques.
- Rénales : GNA, emboles, iatrogénie.

III- Prise en charge :

- Médicale
  - Etiologique :
    - ↪ Antibiothérapie : double, bactéricide, synergique, parentérale, probabiliste secondairement adapté à l'antibiogramme.
    - ↪ Traitement de la porte d'entrée.
  - Symptomatique :
    - ↪ Traitement des complications parfois chirurgicales.
  - Surveillance :
    - ↪ clinique : T°C, souffle, complications
    - ↪ paraclinique : efficacité par hémocultures et ETT tolérance des ATB (pic, résiduel et fonction rénale)

N°81 - FIEVRE AIGUE CHEZ UN MALADE IMMUNODEPRIME

I- 2 types d'immuodépression :

- Cellulaire prédisposant aux mycobactéries, virus et parasites.
- Humorale prédisposant aux germes encapsulés.

II- Bilan :

- Clinique :
  - Recherche de signes de gravité : Choc septique
  - Recherche d'une porte d'entrée.
- Paraclinique :
  - NFS,
  - Prélèvements bactériologique : hémocultures, ECBU, prélèvements locaux.

III- Prise en charge : URGENCE

- Médicale :
  - symptomatique : isolement, asepsie, hygiène stricte.
  - étiologique :
    - ↳ antibiothérapie double, synergique, bactéricide, parentérale, probabiliste, secondairement adaptée à l'antibiogramme :
      - → Tazocilline® + aminosides
      - → + vancomycine® si échec à 48h
      - → + amphotéricine B® si échec à 48h
    - ↳ traitement étiologique de l'immunodépression
- Surveillance

GRIPPE - N°82

I- Diagnostic : il est clinique

- Syndrome infectieux : 40°C + AEG
- Syndrome grippal : frissons, céphalées, myalgies
- Manifestations respiratoires : toux+rhinopharyngite
- Contrastant avec un examen clinique pauvre.

Evolution en 2 à 5 jours parfois en 2 poussées (V grippal)

II- Complications :

- Surinfection bactérienne
- Extra-respiratoire : pleurésie, péricardite, myocardite
- Maligne : syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) souvent fatal

III- Prise en charge : elle est symptomatique

- Médicale : antipyrétiques, antalgiques, vitamine C
- Sociale :
  - repos, arrêt de travail
  - traitement des sujets contacts et des patients fragiles par antiviraux : Oseltamivir®.

IV- Prévention :

- Vaccin anti-grippal 1 fois par an.

Chez : > 65ans diabète, immunodépression, insuffisant respiratoire et cardiaque, mucoviscidose.

HEPATITES VIRALES - N° 83

I- Hépatites aiguës.

-Diagnostic : asymptomatique dans 90% des cas.

- Clinique : en cas d'hépatite aiguë symptomatique il y a 2 phases :

Phase pré-ictérique, phase ictérique, normalisation en 2 à 6 semaines.

- Paraclinique :
  - Diagnostic : ASAT/ALAT, gammaGT, PAL, bilirubine, échographie hépatique.
  - Etiologique : sérologies (AgHBs + Ac antiHBc, sérologie VHA, VHD, VHC).
  - Gravité : TP < 50% et facteur V.

-Prise en charge : surtout ne rien faire.

- Règles hygièno-diététiques :
  - Arrêt de l'alcool + prévention du Delirium Tremens.
  - Arrêt des médicaments hépatotoxiques.
  - Repos + arrêt de travail.
- Sociale :
  - Enquête familiale et vaccination
  - Déclaration obligatoire et bilan MST en cas d'hépatite B.
- Surveillance

II- Hépatites chroniques

-Diagnostic :

- Clinique : le plus souvent asymptomatique.
- Biologique : sérologies virales positives.
- Histologique : nécrose hépatocytaire + infiltrat inflammatoire + fibrose.

1) Hépatite chronique B (10% des hépatites B)

Définition = Ag HBs > 6mois + absence d'IgM antiHBc.

3 types d'hépatites chroniques B :

- 1/3 porteurs sains : transaminases normales + pas d'Ag Hbe
- 1/3 active et 1/3 peu active : ponction biopsie hépatique

-Bilan paraclinique :

- Diagnostic d'activité : transaminase 3 fois sur 6 mois, ADN VHB, Ag HBe et PBH si transaminases élevées.
- Préthérapeutique : BHC, NFS, plq, TSH, fonction rénale.
- Bilan MST

-3 complications :

- Cirrhose
- Carcinome hépatocellulaire
- Formes extrahépatiques : périartérites noueuses.

-Traitement :

- Médicale :
  - RHD : arrêt des substances hépatotoxiques : alcool et médicaments
  - Si hépatite B active : Interféron α non pégylé + contraception + paracétamol et/ou Lamivudine®.
- Sociale : 100%
- Psychologique : éducation du patient : rapports sexuels protégés, pas de don de sang.
- Surveillance :
  - Efficacité : normalisation des transaminases, ADN indétectable et perte de l'AgHBe.
  - Tolérance : syndrome grippal, NFS.

2) Hépatite chronique C (80% des hépatites C)

-Bilan :

- Diagnostic : sérologie hépatite C.
- En cas de positivité : biologie moléculaire par PCR pour charge virale et génotypage.
- Gravité : ponction biopsie hépatique sauf si diagnostic de cirrhose évident, désir de grossesse, génotype 2 ou 3, contre-indication au traitement anti-viral. (conférence de consensus)
- Préthérapeutique : idem VHB.

-3 complications :

- Cirrhose
- Carcinome hépatocellulaire
- Formes extrahépatiques : cryoglobulinémie, GNMP

-Prise en charge :

- Médicale :
  - RHD : arrêt des substances hépatotoxiques
  - INF alpha pégylé + Ribavirine® 6 mois + contraception ; réservé aux hépatite C chroniques actives sans cirrhose.
  - Vaccin hépatite B
- Psychologique et sociale : Cf hépatite B.
- Surveillance :
  - charge virale à 3 mois.
  - Si diminution de la Charge Virale on poursuit le traitement sinon arrêt.

N°84 - INFECTIONS A HERPES VIRUS DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE IMMUNOCOMPETENT.

I- Herpès cutané et muqueux

-2 types : HSV1 touche la partie supérieure du corps et HSV2 touche la partie inférieure.

-Diagnostic clinique :

- Primo-infection et récurrences sont asymptomatiques dans 90% des cas.
- Dans 10% des cas il y a une éruption : Vésicules en bouquet laissant place à des ulcérations polycycliques.
- Localisations fréquentes : gingivostomatite et vulvo-vaginite

-Bilan :

- Paraclinique :
  - En cas de PI génitale, orofaciale chez l'enfant, formes graves et chez la femme enceinte : cytodiagnostic de Tzank, isolement en culture cellulaire.
  - En cas d'infection génitale : bilan MST.

-Prise en charge :

- Médicale :
  - Symptomatique : antalgique
  - Etiologique :

    Primo-infection génitale : Zelitrex® 10 jours

    Récurrence génitale : Zelitrex® 5 jours

    Primo-infection oro-faciale : Aciclovir® 10 jours
- Psychologique : éducation sur les MST et la grossesse
- Surveillance

II- Varicelle due à VZV.

-Diagnostic : il est clinique :

- Incubation 14 j.
- Eruption : vésicules prurigineuses d'âges différents.
- Fièvre modérée.

-Complications :

- Surinfection : impétiginisation, dermohypodermite bactérienne.
- Pneumopathie varicelleuse.
- Ataxie cérébelleuse.
- Syndrome de Reye en cas de prise d'aspirine.

-Prise en charge : elle est symptomatique :

- Médicale :
  - Symptomatique : locale : antisepsie, couper les ongles courts
  - Générale : antipyrétique PAS D'ASPIRINE
- Sociale : éviction scolaire
- Surveillance.

III- Zona forme récurrente du VZV

-Diagnostic : il est clinique

- Terrain : âge > 50ans ou immunodéprimé.
- Eruption identique à la varicelle mais le long d'un nerf.
- Douleurs persistantes après l'éruption.

Principales topographies :

- Nerfs rachidiens : topographie métamérique en hémi ceinture.
- Ganglion de Gasser : gravité de l'atteinte ophtalmique.
- Ganglion géniculé : zona de la zone de Ramsay-Hunt.

-Complications :

- Récidives.
- Algies post zostériennes.
- Neurologiques : paralysie, méningite.
- Impétiginisation, cicatrices.

-Prise en charge :

- Médicale :
  - Symptomatique :
    - Soins locaux : antiseptique bains de chlorhexidine.
    - Antalgique
    - En cas de douleurs post zostérienne : antidépresseur tricyclique.
  - Etiologique : Aciclovir® IV en cas de formes graves, et chez l'immunodéprimé.
    Prévention des algies post zostérienne chez le patient> 50 ans : Zelitrex®
- Sociale : arrêt de travail.
- Surveillance

N°85 - INFECTION A VIH

I- Dépistage du VIH :

- Avec accord du patient : 2 tests ELISA sur le même prélèvement → western blot si ELISA positif → réalisation d'un 2ème prélèvement pour un 2e western blot pour confirmation du diagnostic.

II- Bilan initial :

- Clinique :
  - manifestations du VIH et pathologies opportunistes.
- Paraclinique : à faire aussi en cas de complication inaugurale :
  - de la maladie : charge virale et CD4
    sérologies : hépatites, CMV, toxoplasmose, syphilis
    radio de thorax, IDR, FO et ECG
    frottis cervico-vaginal
  - Préthérapeutique : NFS, plaquettes, TP, TCA, glycémie, bilan rénal et hépatique, CPK, amylase, EPP.

III- Prise en charge initiale

- Médicale
  - Symptomatique : Dépistage des autres MST et des partenaires
    Vaccins : DTP, hépatite B, grippe, pneumocoque
    Règles hygiéno-diététiques pour la toxoplasmose,
    Prophylaxie contre pneumocystose, toxoplasmose :
    Si CD4< 200 par Bactrim® + acide folinique
  - Etiologique : trithérapie en cas de primo infection symptomatique ou dès CD4 < 200/ mm3, par exemple : D4T+3TC+ Nelfinavir®
- Psychologique :
  - Information sur la maladie, et les traitements, observance
  - Education : rapports sexuels protégés, grossesse programmée, interdire le don de sang
  - Soutien psychologique, associations de patients
- Sociale : DO, 100%, COTOREP avec demande d'Allocation Adulte Handicapé (AAH)

Dépistage des partenaires

- Surveillance tous les 2à 6 mois en fonction des CD4
  - Clinique :
    - manifestations du VIH et infections opportunistes
    - iatrogénie
    - observance et état psychologique
  - Paraclinique :
    - de la maladie : charge virale et CD4 + FO si CD4< 100 tous les ans : sérologies : toxoplasmose, CMV, syphilis et VHC
    - des traitements : NFS, plaquettes, bilan hépatique

IV- Complications du VIH

1) Pneumocystose :

-*Diagnostic* : pneumopathie interstitielle hypoxémiante insidieuse résistante aux antibiotiques.

-*Bilan :*

- Clinique
  - interrogatoire : prise d'une prophylaxie
  - signes de gravité.
- Paraclinique
  - Diagnostic positif :
    - ↪ fibroscopie bronchique + LBA et coloration de Gomori Grocott
    - ↪ radio de thorax + gaz du sang artériels+NFS
    - ↪ (lymphopénie) et LDH (augmentés)
  - Diagnostic différentiel : recherche de BK, antigénurie légionnelle, virémie CMV, Ag cryptocoque et hémocultures sur isolator.

-*Prise en charge :* en urgence

- Médicale
  - Symptomatique :
    - ↪ Oxygénothérapie
    - ↪ Corticothérapie si PO2< 70mmHg
    - ↪ Acide folinique
  - Etiologique : Bactrim® forte IV ou PO pendant 3semaines.
- Sociale du VIH
- Surveillance.

-*Prévention*

- Secondaire : Bactrim® + acide folinique à vie

2) Toxoplasmose

-*Bilan :*

- Clinique
  - interrogatoire : statut sérologique et prophylaxie
  - encéphalite sub-aiguë
- Paraclinique
  - diagnostic positif :
    - ↪ TDM cérébral avec injection : aspect en cocarde
    - ↪ sérologie toxoplasmose
  - diagnostic différentiel : LDH, virémie CMV, Ag cryptocoque et hémocultures sur isolator.

-*Prise en charge :* urgence, hospitalisation.

- Médicale :
  - Symptomatique :
    - ↪ patient à jeun, prévention des complications de décubitus et kinésithérapie.

↳ Acide folinique + alcalinisation des urines.
- Etiologique : pyriméthamine + sulfadiazine.

- Sociale du VIH
- Surveillance

Prévention

- Secondaire : pyrimétamine + sulfadiazine à mi dose + acide folinique

3- Diagnostics à évoquer devant des troubles neurologiques du VIH :

- Toxoplasmose
- Cryptococcose
- Lymphome cérébral
- CMV
- Leucoencéphalite multifocale progressive
- VIH (syndrome démentiel progressif)

N° 86 - INFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES DU NOURRISSON DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE.

I- Bronchiolite du nourrisson (<2ans) :

-Diagnostic : il est clinique

- Notion de contage
- Signes respiratoires : toux, dyspnée obstructive, sibilants
- Syndrome infectieux modéré : fièvre à 38, 5°C et rhinorrhée

Situations d'urgence nécessitant l'hospitalisation :

- Signes d'épuisement respiratoire
- Liés aux terrain
- Difficultés d'alimentation

-Prise en charge :

- Médicale : en ambulatoire
  - Désobstruction rhinopharyngée
  - Kiné respiratoire accélération du flux expiratoire
  - Bonne hydratation, alimentation fractionnée et épaissie
  - RHD : supprimer les nuisances, position proclives à 30°C, humidificateur, T°C de la chambre =19°C
- Surveillance

II- Pneumopathies de l'enfant ou de l'adulte :

-Diagnostic :

- Signes fonctionnels respiratoires : toux, expectorations purulentes,
- Fièvre > 38°C
- Images radiologiques récentes

-Situations d'urgence :

- Signes cliniques de gravité : respiratoire, mauvaise tolérance hémodynamique, neuropsychiques
- Signes radiologiques de gravité : extension > 1lobe, excavation
- Terrain : immunodéprimé, antécédent respiratoire sévère, >65 ans.

-Prise en charge :

1) Pneumopathie communautaire non grave du sujet sain :
   - En ambulatoire et sans prélèvements : Clamoxyl® per os + kinésitthérapie respiratoire
   - Si échec à 72h : macrolides
2) Terrain fragile sans signes de gravité : hospitalisation : Augmentin® PO + kinésithérapie
3) Pneumopathie communautaire grave : hospitalisation en réanimation prélèvements (Fibroscopie bronchique + PDP + hémocultures) : Augmentin® + Oflocet® en IV + kinésithérapie

Surveillance : réévaluation systématique à 72 H.

- clinique : T°C, signes respiratoires
- paraclinique si hospitalisation : GDS et Radio de thorax.

Pneumopathies communautaires.

	pneumocoque	légionelle	Chlamydia
Clinique	PFLA Condensation pulmonaire Début brutal	Début rapidement progressif Signes extra-respiratoires	Début progressif. +/- érythéme polymorphe.
Paraclinique	RT : Opacités alvéolaires systématisée dense, homogène non rétractile avec bronchogramme aérien.	RT : Opacités alvéolaires mal limitées non systématisées Bio : Ag urinaire sérogroupe I. lymphopénie, hyponatrémie, I. rénale, rhabdomyolyse	RT : opacités interstitielles Bio : Coombs : anémie hémolytique Sérologie.
Traitement	Clamoxyl® 10 jours	Macrolides 3 semaines DO	Macrolides 3 semaines

Pneumopathies excavées.

	Anaérobies	Klebsiella	Staphylocoque doré
Clinique	Terrain : inhalation AEG+haleine fétide	Terrain : alcool, BPCO AEG	Terrain : porte d'entrée cutanée Sepsis sévère
Paraclinique	Radio : pneumopathie nécrosante : excavation Abcès Pleurésie purulente Biologie : hyperleucocytose à PNN	RT : foyer systématisé avec bombement de la scissure.	RT : syndrome alvéolaire rapidement extensif Abcès
Traitement	ATB : Augmentin® IV Drainage Kinésithérapie	ATB : C3G en IV Kinésithérapie	ATB : Péni M IV Kinésithérapie.

N°87 - INFECTIONS CUTANEO-MUQUEUSE BACTERIENNES ET MYCOSIQUES.

I- Impétigo : dû à staphylocoque doré ou streptocoque groupe A

-*Diagnostic* : il est clinique.
- Localisation périorificielle
- Lésion : bulle → pustule → croûte méllicérique
- Souvent sur dermatose : gale, pédiculose, eczéma, varicelle.

-*4 Complications :*
- Infectieuses
- Récidives
- Glomérulonéphrite aiguë
- Syndrome toxinique

-*Prise en charge* :
- Médicale :
  - étiologique : traitement de la dermatose sous jacente
  - symptomatique : général : antibiothérapie par pénicilline M per os
    local : antiseptique, antibiotiques locaux
    RHD : lavage des mains, hygiène.

- Sociale : éviction scolaire, examen de l'entourage
- Surveillance : clinique, BU à 3 semaines

II- Furoncle : dû à staphylocoque doré

-*Diagnostic* : il est clinique.

- papule centrée par un poil → nodule inflammatoire → élimination du bourbillon

-*Complications* : récidive, endocardite, staphylococcie maligne de la face

-*Prise en charge* :

- Médicale :
  - Locaux : antiseptiques locaux, antibiotiques locaux (Fucidine®)
  - RHD : ne pas manipuler, lavage des mains

III- Erysipèle = dermo-hypodermite bactérienne (DHB) aiguë non nécrosante.
Dû à streptocoque groupe A
Le diagnostic est clinique : fièvre + placard inflammatoire.

-*Bilan* :

- Clinique :
  - Recherche d'une porte d'entrée
  - Prise de corticoïde et d'AINS
  - Recherche de signes de gravité : complications
- Paraclinique : NFS, VS, ionogamme sanguin, fonction rénale, glycémie à jeun, BU

-*Complications* :

- Infectieuses : fasciite nécrosante streptococcique : URGENCE
  Diagnostic : Nécrose + choc septique
  Traitement : réa + chirurgie (incision, mise à plat) + antibiothérapie en IV (pénicilline G-Clindamycine®) + HBPM.
- Glomérulonéphrite post steptococcique
- Récidives

-*Prise en charge* : Hospitalisation en cas de facteur de risque et de signes de gravité.

- Médicale :
  - Etiologique : antibiothérapie : amoxicilline
    Traitement de la porte d'entrée
  - Symptomatique : repos, antalgique, antisepsie locale, VAT
- Surveillance : T°C, examen local, BU à J15

IV- Infection cutanéo-muqueuse à candida albicans

-*Facteurs favorisants* : pH acide, milieu sucré, macération, diabète, grossesse, déficit immunitaire, médicaments (antibiothérapie, œstro-progestatifs).

-*Bilan* :

- Clinique :
  - Localisation muqueuse, cutanée : intertrigo des grands plis, périunguéales (périonyxis) et unguéales (onyxis).
  - Recherche d'autres localisations.
- Paraclinique : confirmation systématique par les examens mycologiques
  - prélèvements pour examen direct : mise en évidence de pseudo-filaments.
  - mise en culture sur milieu de Sabouraud : colonies blanchâtres.

-*Prise en charge* :

- Médicale :
  - Supprimer les facteurs favorisants
  - Traitement local de tous les foyers : antifongiques. ex : bifonazole (Amycor®)

V- Infection à dermatophytes de la peau glabre

-*Bilan* :

- Clinique :
  - Rechercher d'autres localisations : autoinoculation.
  - Herpès Circiné transmis par les chats, Eczéma margine de hebra (pli inguinal), pied d'athlète (4ème espace).
  - Teignes :
    - ↪ microsporique : une grande plaque pseudo-alopèciques. Fluorescente en lumière de Wood, zoophiles.
    - ↪ trichophytique : plusieurs petites plaques non fluorescentes en lumière de Wood, anthropophiles.
- Paraclinique : prélèvements mycologiques systématiques.
  - examen direct : filaments + culture sur milieu de Sabouraud.

-*Prise en charge* :

- Médicale :
  - Pour les dermatophytes : local par antifongique : Amycor® pendant 4 semaines + FDR.
  - Pour la teigne : local par Amycor® + général par Kétoconazole® per os pendant 6 semaines.
- Sociale : traitement de l'entourage et des animaux domestiques.
  Eviction scolaire pour les teignes.
- Surveillance

INFECTIONS GENITALES DE LA FEMME. LEUCORRHEES
N°88

I- Salpingite

-*Définition* : inflammation des trompes. C'est une MST.
Les 2 germes les plus fréquents : chlamydiæ trachomatis 60% et gonocoque 10%.
-*Bilan* :

- Clinique :
  - FDR : partenaires multiples, gestes endo-utérins, femme jeune.
  - SF : syndrome infectieux + douleurs pelviennes + leucorrhées.
  - Signe clinique : douleurs à la mobilisation utérine.
- Paraclinique :
  - Diagnostic :
    - ↳ prélèvements bactériologiques : hémocultures, ECBU, prélèvements vaginaux, retrait et mise en culture d'un stérilet, prélèvements du partenaire.
    - ↳ Echographie pelvienne
    - ↳ Cœlioscopie : diagnostic, pronostic et thérapeutique.
  - Complications : bilan de MST
  - Diagnostic différentiel : β HCG

-*2 principales complications :*

- grossesse extra-utérine
- stérilité tubaire

-*Prise en charge* :

- Médicale : hospitalisation en URGENCE
  - Symptomatique : antalgiques, glace, pilule œstro-progestative.
  - Etiologique :
    - ↳ Bi-antibiothérapie en IV : Augmentin® + cycline 21 jours
    - ↳ Cœlioscopie : prélèvements, drainage, toilette péritonéale. Patiente prévenue du risque de salpingectomie et de la possibilité d'une conversion en laparotomie.
- Sociale :
  - Traitement « minute » du partenaire par azythromycine.
  - Education de la patiente : rapports sexuels protégés.
- Surveillance : leucorrhées, pouls, T°C, TA.

II- Leucorrhée

-*Diagnostic* clinique. Elle peut être physiologique.
-*Etiologies* :

- Candida albicans.
- MST.

N°89 - INFECTIONS GENITALES DE L'HOMME. ECOULEMENT URETRAL.

I- Urétrite : inflammation de l'urètre. C'est une MST.
Définition : > 5PNN au frottis urétral ou > 10 PNN à l'examen du 1er jet d'urine.

II- 3 principaux germes :
- *Neisseria gonorrhea* : écoulement purulent
- *Chlamydia trachomatis* : asymptomatique
- *Trichomonas vaginalis*

III- Bilan :
- Clinique : écoulement urétral
- Paraclinique :
  - prélèvement de l'écoulement : examen direct, culture et antibiogramme.
  - bilan MST

IV- Prise en charge :
- Médicale :
  - *gonocoque* : ceftriaxone IM en 1 injection
  - *C. trachomatis* : azythromycine
  - *T. vaginalis* : nitro-imidazolés en dose unique.
- Sociale :
  - traitement des partenaires
  - traitement des autres MST
  - éducation : rapport sexuels protégés
- Surveillance : visite de contrôle clinique.

N° 90 - INFECTIONS NASO-SINUSIENNES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE

I- Infections naso-sinusiennes de l'adulte

1) Rhinite

-*Clinique* : rhinorhée + obstruction nasale.
-*Traitement* : Désobstruction rhinopharyngée (DRP) + décongestionnant locaux

2) Sinusite maxillaire

Dû à *pneumocoque, streptocoque, Hæmophilus Influenzæ*
-*Bilan* : le diagnostic est clinique.

- Clinique :
  - SF : douleur sous orbitaire + obstruction nasale + rhinorhée purulente.
  - rhinoscopie antérieure
- Paraclinique : aucun

-Complications :

- Sinusite aiguë bloquée, pansinusite,
- Septicémie,
- Neurologique : méningite, thrombophlébite cérébrale,
- Chronicisation

-Prise en charge :

- Médicale :
  - symptomatique : antalgique + désinfection rhinopharyngée + vasoconstricteurs locaux + corticoïdes PO pendant 5 jours
  - étiologique : antibiothérapie Augmentin® 8 jours
- Surveillance

3) Sinusite frontale.

-Bilan :

- Clinique : douleurs sus orbitaire + céphalées + rhinorrhée purulente
- Paraclinique : scanner des sinus montre un comblement.

-Complications :

- Neurologique : abcès intracérébral, thrombophlébite cérébrale.
- Cellulite, ostéomyélite frontale.

-Prise en charge : URGENCE idem sinusite maxillaire

II- Infections naso-sinusiennes de l'enfant : l'ethmoïdite

Dû à *HI et staphylocoque doré*

-Diagnostic : œdème palpébral de l'angle interne de l'œil + rhinorrhée purulente + fièvre

-Bilan :

- Clinique : recherche de complications
- Paraclinique :
  - Scanner des sinus en cas de formes compliquées
  - Prélèvements bactériologiques.

-Complications : cellulite, abcès et thrombophlébite.

-Prise en charge : URGENCE

- Médicale : hospitalisation
  - symptomatique : antipyrétique, désinfection rhinopharyngée, soins oculaires par collyre antiseptique
  - étiologique :
    - ↪ triple antibiothérapie en IV
    - ↪ drainage chirurgical d'une collection
- Surveillance

N°91 - INFECTIONS NOSOCOMIALES

I- Définition : Infection acquise dans un établissement de soins plus de 48-72h après l'admission.

-4 principales infections nosocomiales :

- 40% : infections urinaires (*E.Coli, entérobacter*)
- 20% : infections pulmonaires (*staphylocoque doré, candida*
- *albicans*).
- Infections du site opératoire (*staphylocoque doré*) : dans les 30 jours suivant l'intervention en l'absence de matériel étranger, dans l'année en présence de matériel étranger.
- sur cathéter (*staphylocoque doré et candida albicans*).

II- Prévention individuelle :

- Infections urinaires :
  - limiter l'indication et la durée du sondage
  - règles d'asepsie stricte lors de la pose et de l'entretien,
  - système de drainage clos
- Pneumonies :
  - asepsie stricte et lavage des mains
  - aspiration régulière, patient semi assis
  - kiné
- Infections du site opératoire :
  - préopératoire : durée limitée de l'hospitalisation
  - peropératoire : respect des procédures de préparation du patient, de la salle et des opérateurs, asepsie.
  - post opératoire : limiter la manipulation des drains et asepsie stricte lors des pansements.
- Infections sur cathéter
  - limiter les indications et la durée du cathéter
  - protocole de pose écrit et surveillance tous les jours
  - éviter les cathéters fémoraux.

III- Prévention collective :

Signalement :

- Interne dans l'établissement
- Externe : au CLIN et à la DDASS

Suivi épidémiologique par Institut de veille sanitaire.

INFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES. DISCOSPONDYLITE N°92

Contamination : par voie hématogène ou inoculation directe

I- Infections osseuses

-*Bilan* :

- Clinique :
  - SF : douleurs osseuses + fièvre
  - signes inflammatoires locaux
  - Recherche systématique d'une endocardite (souffle cardiaque)
  - Recherche d'une porte d'entrée.
- Paraclinique : ne doit pas retarder la mise en route du traitement
  - bactériologique : hémocultures, ECBU, radio de thorax, prélèvement d'une porte d'entrée, biopsie osseuse
  - radiologique :
    - ↪ radio : ostéolyse + réaction périostée
    - ↪ IRM : hypo signal en T1 et hyper signal en T2

-*Prise en charge* : en URGENCE, hospitalisation.

- Médicale :
  - Symptomatique : immobilisation, antalgiques
  - étiologique :
    - ↪ antibiothérapie + drainage de l'abcès
    - ↪ Traitement de la porte d'entrée
- Surveillance : T°C, état local

II- Infections articulaires : Arthrite septique

-*Germes* : staphylocoque doré, BGN, streptocoque, gonocoque

-*Bilan* :

- Clinique :
  - SF : douleurs locales+ impotence fonctionnelle+fièvre
  - Etat local : épanchement, inflammation.
- Paraclinique :
  - Diagnostic :
    - ↪ ponction articulaire pour examen direct et culture
    - ↪ Radio de l'articulation bilatérale et comparative : normale au début puis apparition des 4 signes d'arthrite : pincement articulaire diffus, déminéralisation épiphysaire, érosions articulaires, épaississement articulaire
  - Etiologique : hémocultures, ECBU, radio de thorax, prélèvement d'une porte d'entrée

-Prise en charge :

- Médicale :
  - symptomatique : immobilisation, mise en décharge de l'articulation, antalgiques, kinésithérapie (lutte contre l'enraidissement et l'amyotrophie)
  - étiologique : arthroscopie pour lavage articulaire
    Double antibiothérapie en IV secondairement adaptée à l'antibiogramme.
    Traitement d'une porte d'entrée
- Surveillance : clinique, biologique (négativation des prélèvements), radiologique

III- Disco spondylite

-Bilan :

- Clinique :
  - SF : douleur et contracture rachidienne + fièvre
  - Examen neurologique recherchant une atteinte médullaire et un syndrome de la queue de cheval
- Paraclinique :
  - Diagnostic :
    - ↪ radio du rachis : pincement discal, érosions des plateaux vertébraux, aspect grignoté en miroir, recherche de complications (recul d u mur postérieur et fuseaux para vertébraux)
    - ↪ IRM du rachis : hypo intensité T1 hyper intensité T2, recherche d'un recul du mur postérieur
  - Etiologique : hémocultures, ECBU, porte d'entrée, en cas de négativité des autres examens : ponction-biopsie disco-vertébrale avec examen bactériologique et anatpath

-Particularités du Mal de Pott (tuberculose) :

- Clinique : tableau subaigu, guérison lente
- Radio : fuseau para vertébral, pas de signes de reconstruction

-Prise en charge : en URGENCE

- Médicale :
  - Symptomatique : immobilisation dans un corset, kinésithérapie prévention des complications de décubitus, antalgiques.
  - Etiologique : ATB double en IV à bonne pénétration osseuse
    Traitement de la porte d'entrée
- Sociale : DO pour tuberculose et brucellose
- Surveillance :
  - Clinique : T°C, examen neurologique
  - Paraclinique : NFS, CRP, radio et IRM à 2 mois

INFECTIONS URINAIRES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE N°93

Une leucocyturie est pathologique si elle est > 10.3 leucocytes/ ml.

I- Cystite

-Bilan :

- Clinique : signes fonctionnels urinaires : brûlures mictionnelles, dysurie, pollakiurie
- Paraclinique : BU.

-Prise en charge :

- Médicale :
  - symptomatique : RHD : boissons abondantes
  - étiologique : antibiothérapie : fluoroquinolone mono dose si et seulement si âge < 65 ans, absence de grossesse, absence d'immunodépression, symptômes évoluant depuis moins de 4 jours, absence d'ATCD de cystite.

II- Pyélonéphrite

-Bilan :

- Clinique :
  - Diagnostic : fièvre + signes fonctionnels urinaires.
  - Recherche de signes de gravité : choc, déshydratation, hypothermie.
- Paraclinique :
  - Diagnostic : ECBU, hémocultures.
  - Diagnostic de gravité : fonction rénale. En l'absence d'amélioration après 48h d'ATB : échographie rénale, scanner abdominal et ASP : recherche une dilatation des cavités pyélocalicielles
  - Préthérapeutique : β-HCG.

-Complications :

- Septicémie
- Abcès rénal, phlegmon péri néphrétique
- Pyélonéphrite chronique

-Prise en charge : hospitalisation si gravité, précarité, tares.

- Médicale :
  - symptomatique : antalgique
  - étiologique : antibiothérapie : fluoroquinolones PO pendant 10j.
  - si pyélonéphrite grave : fluoroquinolone+ aminoside
- Surveillance :
  - clinique : T°C, douleurs lombaires
  - paraclinique : ECBU à 48h et à la fin du traitement

III- Prostatite

-Bilan :

- Clinique :
  - SF : fièvre + SFU + douleurs périnéales
  - TR : prostate douloureuse, de consistance molle
  - Recherche de complications : examen des OGE, globe vésical.
  - Recherche d'une porte d'entrée
  - 2 gestes contre-indiqués : sondage urinaire et massage prostatique
- Paraclinique : ECBU, hémocultures, bilan MST

-Complications :

- Septicémie
- Rétention aiguë d'urine
- Prostatite chronique
- Orchiépididymite
- Abcès prostatique

-Prise en charge :

- Médicale :
  - Symptomatique : antalgiques.
  - Etiologique :
    - ↪ Antibiothérapie double par fluoroquinolones + aminosides pendant 4 semaines.
    - ↪ Traitement de la porte d'entrée.
- Surveillance : clinique : T°C, TR

IV- Pyélonéphrite de l'enfant

-Germes : *E.coli +++, streptocoque D*

-Diagnostic : à évoquer devant :

- Fièvre + BU positive
- Tout nourrisson < 1 mois fébrile, tableau de GEA fébrile du nourrisson

-Bilan :

- Clinique
  - recherche de facteurs de gravité : choc, déshydratation
  - recherche de facteurs favorisants : hygiène, malformation de l'appareil urinaire.
- Paraclinique
  - diagnostic positif : ECBU avec antibiogramme, hémocultures

-Prise en charge : URGENCE, hospitalisation

- Médicale
  - Symptomatique :
    - ↪ antipyrétiques : paracétamol 60mg/kg/j IV
    - ↪ RHD : hydratation abondante.

- Etiologique :
  - ↪ antibiothérapie : Claforan® + Nétromycine® IV puis relais PO par Oroken® pour 10 jours au total
  - ↪ Puis relais par bactrim® jusqu'au bilan étiologique (3 semaines)
- Surveillance
  - clinique : T°C, hydratation, signes de choc, douleur
  - paraclinique : ECBU à 48 h

-Modalités d'un bilan étiologique des infections urinaires de l'enfant

- 3 semaines après l'épisode, sous antibiothérapie par Bactrim®
- Avec un ECBU stérile
- Réalisation d'une échographie rénale et d'une cystographie rétrograde et permictionnelle à la recherche essentiellement d'un reflux vésico urétéral.

MALADIES ERUPTIVES DE L'ENFANT - N°94

	Clinique	Traitement
Rougeole	- Incubation : 11 jours - Catarrhe laryngo-occulo-nasal - Eruption morbilliforme - Signe de Köplick	Symptomatique Eviction scolaire
Rubéole	- Incubation : 14 j - ADP cervico-occipitales - Exanthème morbilliforme+scarlatiniforme - Attention chez la femme enceinte	Symptomatique Eviction scolaire
Mégalérythème épidémique	Fébricule+éruption du visage et des membres	Symptomatique
Exanthème subit	Eruption roséoliforme à la défervescence thermique	Symptomatique
Scarlatine	Fièvre + exanthème scarlatiniforme débutant aux plis de flexion+desquamation en doigt de gant + angine	Etiologique : pénicilline V BU à 3 semaines éviction scolaire Traitement des sujets contacts par pénicilline V pendant 7 j
Syndrome de Kawasaki	6 critères : Fièvre > 5j + conjonctivite + adénopathies + énanthème + exanthème + desquamation des extrémités Risque d'anévrisme des coronaires : donc échographie cardiaque systématique.	Immunoglobuline aspirine

N°95 - MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

	Gonocoque	Chlamydia	Syphilis
Clinique	Urétrite aiguë Gonococcie disséminée : polyarthrite subfébrile + ténosynovites + papulopustules	Asymptomatique	Primaire : chancre à 3 semaines Secondaire : à 6 semaines - roséole syphilitique - syphilides Tertiaire : à 5 ans
Paraclinique	- Prélèvement bactériologique de tous les orifices avec ED et culture sur gélose chocolat - Bilan MST	- Prélèvement pour IFD, culture sur milieu cellulaire, bilan MST	- Prélèvement du chancre Examen direct au microscope à fond noir - sérologie TPHA/VDRL bilan MST
Complications	Septicémie, endocardite Prostatite, épididymite salpingite	Salpingite, Stérilité GEU Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter	
Traitement	Minute : ceftriaxone IM Toujours associé au traitement *chlamydia* En cas de formes disséminée : C3G en IV pendant 7 jours	Cycline 14 jours	- < 1an : pénicilline G : 1 IM - > 1an : pénicilline G 1 IM / semaine pendant 21 jours + prévention de la réaction de Herxheimer par corticoïdes - neurosyphilis : pénicilline G IV 15j
Surveillance	Clinique et bio à j 10	Clinique et bio à J 20	VDRL 0 3, 6, 12 mois

Mesures associées :

- Dépistage et traitement du partenaire
- Education : rapports sexuels protégés, informations sur les risques de MST
- Vaccination VHB

- Bilan MST =
  - Sérologie syphilis à J0, J21, J90
  - Sérologie HIV1et HIV2 avec accord du patient
  - Sérologie hépatite B
  - Recherche de *trichomonas, chlamydia, mycoplasme*

MENINGITES INFECTIEUSES ET MENINGO-ENCEPHALITE CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE - N°96

I- Diagnostic *:*

- Clinique : fièvre + syndrome méningé
- Paraclinique : ponction lombaire

II- Bilan *:*

- Clinique : recherche des signes de gravité
  - Signes neurologiques focaux
  - Purpura
  - Tolérance hémodynamique
  - Recherche d'une porte d'entrée
- Paraclinique :
  - Diagnostic : ponction lombaire qui distingue 2 types de méningite : purulente et à liquide clair.
  - Etiologique : hémocultures, ECBU, radio de thorax

III- Prise en charge : URGENCE, hospitalisation

- Médicale :
  - Symptomatique : réhydratation
  - Etiologique :
    - ↪ antibiothérapie ou antiviral actif sur le germe
    - ↪ Traitement de la porte d'entrée
- Surveillance :
  - Clinique : constantes, examen neurologique et cutané
  - Paraclinique : ponction lombaire à la fin du traitement en cas de pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline ou d'évolution défavorable.

PL : LCR hypertendu, trouble, éléments cytologiques > 500/mm3 hyperprotéinorachie, hypoglycorachie, examen direct avec coloration de gram, mise en culture et antibiogramme.

	Diagnostic	Traitement	Prophylaxie
Méningocoque	La plus fréquente Risques de purpura fulminans	Amoxicilline 10 jours	DO Isolement Sujets contacts : Rifampicine® 2 jours Vaccination si type A ou C
Pneumocoque	La plus grave Terrain : sujet âgé, brèche ostéoméningée, immunodépression. Porte d'entrée ORL ou pulmonaire risques de purpura fulminans	**C3G** 14 jours Chez l'enfant et ou méningites graves: Vancomycine®	Vaccinations des sujets à risques
Hæmophilius Influenzæ	La plus fréquente de l'enfant Terrain : Enfants non vaccinés. Porte d'entrée ORL	**C**3G 14 jours	Sujets contacts : Rifampicine® 4 jours vaccination

MENINGITES A LIQUIDE CLAIR

PL : LCR hypertendu, eau de roche, glycorachie variable selon le germe.

	Clinique	Paraclinique	Traitement
Méningo-encéphalite herpétique	à évoquer devant toute confusion fébrile, atteinte temporale	LCR : hypoglycorachie PCR HSV sur LCR TDM cérébrale : hypodensités bilatérales et asymétriques des lobes temporaux, œdème et effet de masse. EEG : pointes-ondes à front raide	EN URGENCE : Zovirax® en IV 21 jours + antiépileptique systématique
Listériose neuroméningée	Terrain : grossesse et ID rhombencéphalite	LCR : formule panachée, hypoglycorachie, présence de BG+. TDM si trouble de vigilance : abcès du tronc cérébral	Ampicilline + aminoside Pendant 3 semaines
Méningite tuberculeuse	Terrain : recherche d'un contage, absence de vaccination Méningite basilaire Bilan de dissémination	LCR : formule panachée hypoglycorachie Mise en évidence du BK Bilan de tuberculose disséminée	Idem tuberculose pendant 12 mois

N°97 - OREILLONS

I- Diagnostic : il est clinique :

- incubation : 18 jours
- fièvre
- atteinte glandulaire : parotidite bilatérale, pancréatite, orchite confirmation du diagnostic à postériori : sérologie.

II- Prise en charge :

- Médicale : symptomatique
  - bains de bouche, antalgique antipyrétique, suspensoir en cas d'orchite.
- Sociale : éviction scolaire
- Surveillance : clinique

IV- Complications : azoospermie (1/5000), méningite, surdité irréversible

V- Prévention :

- Primaire : vaccination à partir de 1an
- Secondaire immunoglobuline pour les sujets contacts à risque (femme enceinte, homme jeune non immun)

N°98 - OTALGIES ET OTITES CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE

I- Etiologies des otalgies

- Pathologies de l'oreille externe et de l'oreille moyenne : traumatiques, infectieuses, et tumorales
- Otalgies réflexes :
  - Pathologie pharyngo laryngée : infections et cancer
  - Cancer du cavum
  - Pathologie bucco dentaire, pathologie parotidienne, névralgies faciales

II- Otite externe

-2 germes : staphylocoque doré et pyocyanique

-Diagnostic : il est clinique : méat inflammatoire et otorrhée

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique : nettoyage du conduit
  - Etiologique locale : antibiothérapie et dexaméthasone 8 jours.
- Surveillance

III- Otite moyenne aiguë

-3 germes : hæmophilus influenzæ, pneumocoque, M. catarrhalis

-Bilan :

- Clinique
  - otoscopie : congestion et épanchement rétro tympanique
  - signes de gravité : syndrome méningé, purpura
- Paraclinique : uniquement si otite compliquée, suspicion de résistance aux antibiotiques, immunodépression : paracentèse

-Complications :

- locorégionales : mastoïdite, labyrinthite, paralysie faciale
- cérébrales : méningite, empyème, abcès, thrombophlébite du sinus latéral
- chronicité

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique : antipyrétiques
  - Etiologique : antibiothérapie PO : Augmentin® pendant 10 jours
- Surveillance clinique : Température, observance, tolérance digestive.

N° 99 - PALUDISME

I- Mesures de prophylaxie : cf. n°107

II- Diagnostic :

- fièvre au retour d'un voyage en zone endémique
- prophylaxie absente ou inadaptée
- 3 formes cliniques :

Accès simple, accès intermittents, accès pernicieux.

III- Bilan de l'accès pernicieux : *en URGENCE*

- Clinique
  - recherche de signes de gravité
  - recherche des diagnostics différentiels (fièvre typhoïde ++)
- Paraclinique
  - diagnostic positif : frottis sanguin +/- goutte épaisse
  - diagnostic différentiel : hémocultures, ponction lombaire Radio de thorax.
  - complications : glycémie, NFS, plaquettes, TP, TCA, groupe, Rh, RAI, bilan rénal et hépatique, bilan d'hémolyse, calcémie, BU, ECG, gaz du sang artériels

IV- Prise en charge :

1) Accès pernicieux : *hospitalisation en urgence*

- Médicale
  - Symptomatique : Patient à jeun
  - Etiologique : Traitement schizonticide après ECG : quinine base : bolus en IVL puis IVSE dilué dans du glucosé à 5%
    Association à la Doxycycline® en cas de retour du sud est asiatique
- Sociale : déclaration obligatoire, arrêt de travail
- Surveillance
  - clinique : Pouls, TA, T°C, examen neurologique et dextro
  - paraclinique : glycémie veineuse à H4, quininémie en fin de bolus

ECG / jour, parasitémie à J3

2) Accès simple de l'adulte : ***hospitalisation au minimum 24h***

- Médicale
  - Etiologique : quinine PO pendant 7 jours
- Sociale : arrêt de travail
- Surveillance clinique : consultation du médecin traitant à J3 et J7

3) Accès simple de l'enfant : ***hospitalisation***

- Médicale
  - Symptomatique : antipyrétiques
  - Etiologique : après ECG : halofantrine : en 3 prises à 6 heures d'intervalle.
- Surveillance clinique.

PARASITOSES DIGESTIVES - N° 100

	Clinique	Paraclinique	traitement
Amibiase intestinale	Syndrome dysentérique non fébrile	Coloscopie + biopsies : ulcérations en coup d'ongle Examen parasitologique des selles (EPS).	Lutte contre le péril fécal Amœbicide de contact : Intetrix® 10j + amœbicide tissulaire : Flagyl® 10j
Amibiase hépatique	AEG, diarrhée et hépatomégalie	Sérologie Echographie hépatique Radio de thorax	
Oxyure	Prurit anal	Scotch test	RHD : ongles courts Traitement de la famille Flubendazole : Fluvermal®
Ascaris	Asymptomatique syndrome de Lœffler	EPS NFS : hyper éosinophilie	Lutte contre le péril fécal Flubendazole (Fluvermal®)
Tænia saginata (bœuf)	Asymptomatique Parfois : urticaire, anneaux dans les sous vêtements.	EPS	Prévention : cuisson des viandes. Lutte contre le péril fécal Traitement : biltricide : Praziquentel®.
Tænia solium : cysticercose (Porc)	Rare et grave : troubles oculaires et neurologiques	Fond d'œil Sérologie tænia Scanner cérébral Radios des muscles	
Giardiase	Asymptomatique Syndrome dyspeptique	EPS	Lutte contre le péril fécal Traitement : Flagyl®
Kyste hydatique (chien)	hépatomégalie lisse indolore Atteinte pulmonaire	PBH contre indiquée Echographie hépatique : image anéchogène Sérologie Radio de thorax	- albendazole (Zentel®) et - ablation chirurgicale

N° 101 - PATHOLOGIES D'INOCULATION

I- Maladie de Lyme

-*Agent responsable* : *borrelia burgdorferi.*

-*Mode de contamination* : piqûre de tique

-*Diagnostic* : évolution en 3 phases après une incubation de 3-30 j

- Phase primaire : érythème chronique migrant disparaissant en 3 semaines
- Phase secondaire : manifestations graves cardiologiques (myocardite, BAV) et neurologiques (méningite, paralysie faciale périphérique)
- Phase tertiaire

-*Bilan :*

- Clinique
  - Interrogatoire : profession (bûcheron), promenade en forêt
  - Examen cardiologique et neurologique
- Paraclinique : à partir de la phase secondaire
  - Diagnostic : sérologie sanguine et IFD
  - Complications : ECG et ponction lombaire

-*Prise en charge de la phase primaire* : ambulatoire

- Médicale
  - Etiologique : traitement antibiotique d'épreuve par amoxicilline 14 j

-*Prise en charge des phases secondaire et tertiaire* : hospitalisation

- Médicale
  - Symptomatique : scope cardiotensionnel
  - Etiologique : antibiothérapie par C3G IV 3 semaines à 1 mois.
- Sociale : déclaration de maladie professionnelle, arrêt de travail
- Surveillance

II- Maladie des griffes du chat

-*Agent responsable* : BGN : *bartonnella hensælæ*

-*Diagnostic* : après une incubation : 7 à 60 jours

- Adénopathies volumineuses indolores du territoire de drainage parfois fistulisées, sans signes généraux
- Guérison spontanée en plusieurs mois

-*Bilan :*

- Clinique : penser aux diagnostics différentiels d'une adénopathie !
- Paraclinique
  - diagnostic : ponction ganglionnaire pour examen histologique et PCR, et sérologie bartonnella.

-*Prise en charge :*

- Médicale étiologique : antibiothérapie par cycline 1 mois (peu efficace)
- surveillance

PATHOLOGIES DES MIGRANTS - N° 102

2 types de pathologies :

1- Importées :
- Parasitoses : digestives, paludisme, gale
- Viroses : VIH, hépatites B, HTLV1
- Bactéries : tuberculose, lèpre, trachome à *chlamydia trachomatis*

2- Acquises :
- Liées à la précarité : tuberculose.
- MST
- Chez le drépanocytaire : infections à germes encapsulés.

PREVENTION DU TETANOS - N° 103

I- Facteurs de risque de tétanos
- Personne non vaccinée, absence de rappel
- Personne âgée, vie en milieu rural, jardinage
- Plaie chronique
- Toxicomanie IV

II- Prise en charge en cas de plaie
- Médicale
  - symptomatique
    - ↳ Locale : lavage à l'eau et au savon, antiseptie, ablation des corps étrangers
    - ↳ Générale :
      - → antibioprophylaxie : Augmentin® pendant 8j
      - → vaccination antitétanique :

	Risque faible	Risque élevé
Rappel < 5ans	Rien	Rien
Rappel entre 5 et 10 ans	Rien	Rappel
Rappel > 10 ans	Rappel	Rappel + Ig 250 UI
Vaccin incomplet	Rappel	Rappel + Ig 250 UI
Pas de vaccination	Rappel + Ig 250 UI Puis vaccin à distance	Rappel + Ig 500 UI puis vaccin à distance

N° 104 - SEPTICEMIE

On distingue :

- Syndrome de réponse inflammatoire systémique (SRIS) : au – 2 critères parmi :
  - température < 36°C ou > 38°C
  - FC > 90/mn, FR > 20/mn, PCO2> 32mmHg
  - GB>12000/mm3 ou < 4000/mm3
- Sepsis : SRIS + infection définie
- Sepsis sévère : sepsis + défaillance d'organe
- Choc septique : sepsis sévère résistant au remplissage vasculaire

N°105 - SURVEILLANCE DES PORTEURS DE VALVE ET DE PROTHESE VASCULAIRE

I- Bilan :

- Clinique : tous les 2 mois
  - Signes de complications.
  - Auscultation : tout souffle de régurgitation doit être exploré.
  - Etat bucco dentaire
- Paraclinique
  - Tous les mois : INR chez les patients sous AVK
  - Tous les 6mois : ECG
Bilan ORL et stomatologique
  - Tous les ans : ECG, échographie cardiaque. Radio de thorax.
NFS, bilan martial, bilan d'hémolyse

II- Complication :

- Endocardite infectieuse
- Thrombose occlusive ou non occlusive
- Embolies compliquant une thrombose de prothèse.
- Désinsertion de prothèse
- Hémolyse devant faire réaliser une ETT
- Dégénérescence de bio prothèse

III- Education du patient porteur de prothèse vasculaire et de valve

- Prévention de l'endocardite : éradication des foyers infectieux, information du dentiste, antibioprophylaxie avant les soins dentaires : amoxicilline : 3g, 1h avant le geste.
- Enseigner les situations d'urgence : fièvre, troubles neurologiques, hémorragie, signes d'insuffisance ventriculaire gauche.
- Carte de porteur de prothèse
- Règles d'usage des AVK

TUBERCULOSE - N°106

I- Tuberculose pulmonaire commune

-Bilan :

- Clinique
  - Contexte social, contage, vaccination, ATCD de tuberculose.
  - Recherche de signes de tuberculose disséminée.
  - Bilan ophtalmologique préthérapeutique
- Paraclinique
  - diagnostic positif :
    - ↪ BK crachats ou tubages 3 jours de suite pour examen direct avec recherche de BAAR par coloration de Ziehl Nielsen et culture sur milieu de Lowenstein et antibiogramme.
    - ↪ IDR
    - ↪ Radio de thorax : atteinte des lobes supérieurs, présence de nodules, infiltrats, cavernes.
  - Terrain : sérologie VIH
  - Préthérapeutique : NFS, bilans rénal et hépatique, uricémie, b HCG

-Prise en charge : hospitalisation

- Médicale
  - Symptomatique : isolement septique

    Contraception efficace et Vitamine B6
  - Etiologique

    Isoniazide + Rifampicine + Ethambutol + Pyrazinamide : 2 mois puis isoniazide + rifampicine 4 mois
- Psychologique : éducation : nécessité de l'observance, effets secondaires de traitements, éviter l'automédication, bilans réguliers.
- Sociale : DO à la DDASS, 100%, dépistage des sujets contact.
- Surveillance :
  - Clinique : observance et tolérance des traitements

    BK crachats à 1 mois, bilan ophtalmologique à 1 et 2 mois
  - Paraclinique : bilan hépatique par semaine pendant 1 mois

    radio de thorax à 1, 3, 6 mois

II- Tuberculose disséminée

-Les différentes localisations :

- Miliaire : atteinte pulmonaire toujours associée à une atteinte hépatique.
- Osseuse : mal de Pott
- Ganglionnaire, neurologique, urogénitale, pleurale, péricardique
- Mœlle hématopöetique, surrénales, ascite.

-Bilan :

- Clinique : 1 localisation doit faire rechercher toutes les autres.
- Paraclinique
  - Miliaire : radio de thorax, fibroscopie bronchique + LBA et biopsies, hémocultures, bilan hépatique et PBH.
  - Neurologique : ponction lombaire et fond d'œil
  - Urogénitale et digestive : ECBU et échographie abdominale
  - Cardiaque : ECG et échographie cardiaque

N°107 - VOYAGE EN PAYS TROPICAL : CONSEILS AVANT LE DEPART, PATHOLOGIES DU RETOUR : FIEVRE, DIARRHEE.

I- Conseils avant le départ.

-Prévention du paludisme

- Mesures non spécifiques : moustiquaire, répulsifs, vêtements longs
- Chimioprophylaxie à débuter la veille jusqu'à 1 mois après le retour
- Déconseiller le départ chez la femme enceinte et l'enfant.

-Vaccinations

- Mise à jour des vaccins obligatoires : DTP et BCG, fièvre jaune dans certains pays
- Vaccins conseillés : VHB, VHA, typhoïde

-Précautions générales :

- Péril fécal : lavage des mains, eau bouillie, fruits pelés, viande bien cuite, éviter glaçons et lait
- Parasites : éviter le contact avec les animaux, les baignades en eau douce
- MST : information, rapports sexuels protégés.

II- Pathologies du retour :

1) Fièvre

-Bilan :

- Clinique
  - vaccins et prophylaxies
  - évolutivité et signes associés
- Paraclinique
  - syndrome inflammatoire : NFS, CRP
  - étiologique : frottis sanguin, hémocultures, ECBU, radio de thorax, échographie hépatique et bilan hépatique

-Etiologies :

- Communautaires : infection urinaire, ORL et pulmonaire
- D'importation : paludisme, VIH, hépatite virale, typhoïde, méningite, arbovirose, amibiase hépatique.

2) Diarrhée :

-Bilan :

- clinique
  - éliminer les pathologies non entériques (paludisme)
  - recherche d'un syndrome dysentérique ou cholériforme
  - signes de gravité : déshydratation.
  - fièvre
- Paraclinique : NFS, frottis sanguin, coproculture et EPS.

-Etiologies :

- diarrhées bactériennes : *E.coli entérotoxinogène* (50%), *salmonelle, shigelle*
- virus
- parasites : amibiase, giardiase…

N° 108 - ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL ET SANTE. PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ; ORGANISATION DE LA MEDECINE DU TRAVAIL

I- La prévention des risques professionnels

- Prévention primaire :
  - Individuelle : détermination des sujets à risque, équipement de protection.
  - Collective : actions techniques de limitation des expositions nocives
  - Evaluation régulière de ces techniques.
  - Formation et information des professionnels : risques, moyens de protection, conduite à tenir en cas d'urgence, possibilité de réparation comme maladie professionnelle.
  - Surveillance médicale régulière
- Prévention secondaire : visite médicale annuelle, reclassement professionnel.

II- Organisation de la médecine du travail

1) Les 5 rôles du médecin du travail :

- Prévention
- Détermination de l'aptitude au travail : rédige la fiche d'aptitude remise au salarié et à l'employeur, propose des mutations ou transformations de poste.
- Etude des conditions de travail
- Prescription d'examens complémentaires ou de consultations de pathologie professionnelle
- Surveillance

2) Les interlocuteurs du médecin du travail

- Médecin traitant avec l'accord du patient
- Médecin conseil de la sécurité sociale
- Direction de l'entreprise
- COTOREP

Le médecin du travail est soumis au secret médical.

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES : DEFINITIONS - N° 109

I-Accident du travail :

Il se caractérise par son caractère soudain, brutal, et la présomption d'imputabilité de l'accident au travail.

-Procédure :

- La victime :
  - déclare l'accident à l'employeur dans les 24 h
- L'employeur :
  - déclare l'accident du travail à la CPAM dans les 48h
  - adresse une attestation de salaire à la CPAM
  - délivre la feuille d'accident du travail à la victime
- Le médecin, choisi librement par la victime :
  - rédige un certificat médical initial d'accident du travail en 4 exemplaires précisant l'incapacité temporaire de travail, et les soins jugés nécessaires, adressé à la CPAM dans les 24h
  - rédige un certificat médical final à guérison ou à consolidation et propose une incapacité partielle permanente en cas de séquelles qui sera fixée par le médecin conseil de la sécurité sociale
- La CPAM :
  - reconnaît le caractère professionnel de l'AT
  - délivre les prestations en nature (exonération du ticket modérateur, tiers payant, gratuité des soins) et en espèces (indemnités journalières)

II- Maladie professionnelle

Toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées dans ce tableau qui comprend 3 colonnes :

- Profession faisant partie de la liste des travaux susceptibles d'entraîner la maladie.
- Identification symptomatique et/ou biologique de la maladie
- Délai de prise en charge compatible

Elle se caractérise par son caractère progressif et l'absence de présomption d'imputabilité.

-Procédure :

- La victime doit tout faire :
  - déclare la maladie professionnelle à la CPAM dans les 15 jours
  - en y joignant : le formulaire de maladie professionnelle en 3 exemplaires, un certificat médical initial en 2 exemplaires et une attestation de salaire
- la CPAM :
  - a 60 jours pour contester le caractère professionnel de la maladie
  - si les conditions sont réunies : réparation en nature et en espèces.

N° 110 - BESOINS NUTRITIONNELS ET APPORTS ALIMENTAIRES DE L'ADULTE ; EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL ; DENUTRITION. CF. N° 16, 61 ET 179.

I- Besoins nutritionnels de l'adulte

- Energie :
  - Femme : 1800 à 2600 kcal/j
  - Homme : 2250 à 3400 kcal/j
- Apports :
  - Protides : 15 %
  - Lipides : 35%
  - Glucides : 50%

II- Dénutrition : BMI< 19

Etiologies :

- Primitive : précarité, régime, trouble du comportement alimentaire
- Maladie chronique entraînant une baisse des apports
- Hyper catabolisme : sepsis, cancer, hyperthyroïdie
- Pertes protéiques : brûlures, entéropathie exsudative.

-Bilan :

- Clinique
  - enquête alimentaire
  - poids, taille, BMI, poids théorique
  - Anthropométrie
  - recherche d'une étiologie et de complications.
- Paraclinique
  - diagnostic positif : EPP, albumine, pré albumine, transferrine, rétinol binding protéine
  - complications : NFS, VS, bilan rénal, kaliémie, glycémie, TSH

-Signes de gravité d'une dénutrition.

- Poids <60% du poids théorique
- Créatininurie/taille < 60%
- Transferrine < 1g/l
- Pré albumine < 110 mg/l
- Lymphocytes < 800/mm3

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique :
    - ↳ Correction des troubles hydro électrolytiques
    - ↳ Renutrition progressive PO, entérale ou parentérale
  - Etiologique
- Surveillance
  - Clinique :
    - ↳ Poids, taille, BMI, anthropométrie
    - ↳ Fiche alimentaire précisant les apports journaliers
  - Paraclinique : albumine, pré albumine, transferrine.

SPORT ET SANTE ; APTITUDE AUX SPORTS CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE ; BESOINS NUTRITIONNELS DU SPORTIF N°111

I- Certificat médical d'aptitude au sport

- Obligation légale pour les compétiteurs
- Après un examen clinique complet :
  - interrogatoire : ATCD, mode de vie, prise de toxiques
  - examen physique :
    - ↳ Anthropométrie, stade de tanner
    - ↳ Examen ostéoarticulaire et cardiovasculaire

II- Sport et santé

Le sport joue un rôle préventif et/ou thérapeutique sur :

- Les FDRCV : baisse de l'HTA, baisse de l'incidence du diabète de type II.
- L'ostéoporose : développement de la masse osseuse
- Les cancers : effet protecteur pour le côlon et le sein

III- Besoins nutritionnels du sportif

- 3 repas /jour + 1 collation
- Energie : besoins « sédentaires » + besoins fonction du sport (endurance, intermittent, combat)
- Glucides 55%, lipides 30%, protides 15%.

MODULE 8

IMMUNOPATHOLOGIE- REACTION INFLAMMATOIRE

N°112 : Réaction inflammatoire : aspects biologiques et cliniques. Conduite à tenir.

N°113 : Allergies et hypersensibilités de l'enfant et de l'adulte : aspects épidémiologiques, diagnostics et principes de traitement

N°114 : Allergies cutanéo muqueuses chez l'enfant et l'adulte : urticaire, dermatites atopique et de contact.

N°115 : Allergies respiratoires chez l'enfant et chez l'adulte.

N°116 : Pathologies auto immunes : aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement.

N°117 : Lupus érythémateux disséminé. Syndrome des anti phospholipides (SAPL).

N°118 : Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique

N°119 : Maladie de Horton et pseudopolyarthrite rhizomélique

N°120 : Pneumopathie interstitielle diffuse.

N°121 : Polyarthrite rhumatoïde

N°122 : Polyradiculonévrite aiguë inflammatoire : syndrome de Guillain Barré.

N° 123 : Psoriasis

N°124 : Sarcoïdose

N°125 : Sclérose en plaques.

N°126 : Immunoglobuline monoclonale

N°127 : Transplantation d'organe : aspects épidémiologiques et immunologiques ; principes de traitement et surveillance ; complications et pronostic ; aspects éthiques et légaux

REACTION INFLAMMATOIRE : ASPECTS BIOLOGIQUES ET CLINIQUES CONDUITE A TENIR - N°112

I- Aspects biologiques

- Augmentation de la CRP.
- Augmentation de la VS, anémie normocytaire arégénérative, hyperfibrinogénémie, thrombocytose.

II- Aspects cliniques : les 4 signes cardinaux de l'inflammation :

- Douleur
- Rougeur
- Chaleur
- Oedème

En cas de réaction inflammatoire prolongée : formation de granulomes.

III- Points d'impact des thérapeutiques :

- Inhibition de la synthèse des prostaglandines : corticoïdes et AINS
- Action sur les cytokines pro ou anti inflammatoires : Ac anti TNFα, récepteurs solubles du TNFα, injections d'IL10.

IV- Bilan d'un syndrome inflammatoire et/ou une VS élevée

Bilan :

- Clinique : interrogatoire et examen physique
- Paraclinique
  - Diagnostic : CRP, électrophorèse des protides plasmatiques, NFS, VS plaquettes
  - Etiologique :
    - → bilan infectieux en 1[er] intention : hémocultures, ECBU, sérologies HIV et hépatites, IDR, radio de thorax et panoramique dentaire
    - → recherche d'un cancer selon le contexte clinique
    - → bilan immunologique.

V- Causes à évoquer devant un syndrome inflammatoire :

- Infections : 70%
- Cancers et myélome
- Maladie inflammatoire systémique (Maladie de Horton à éliminer en priorité chez le sujet âgé)

N°113 - ALLERGIES ET HYPERSENSIBILITES DE L'ENFANT ET DE L'ADULTE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTICS ET PRINCIPES DE TRAITEMENT

I- Aspects épidémiologiques, facteurs favorisants et évolution :

- 25 % de la population française
- Facteurs favorisants : environnement, âge, prédisposition génétique
- Evolution chronique, parfois mortelle.

II- Démarche diagnostique :

Elle se base essentiellement sur l'interrogatoire policier !!!
Manifestations cliniques et biologiques : cf. questions : 114, 115, 211.

III- Prise en charge : varie en fonction du type d'allergie

- Médicale
  - Symptomatique : corticoïdes, antihistaminiques, immunothérapie
  - Etiologique : EVICTION de l'allergène
- EDUCATION du patient et de ses proches
  - éviction,
  - carte mentionnant le type d'allergie
  - interdire l'automédication, liste des médicaments ou aliments proscrits
  - prémédication en cas d'anesthésie ou d'injection de produit de contraste iodé
  - prescription d'un kit d'adrénaline en cas d'ATCD d'œdème de Quincke.
- Surveillance régulière.

ALLERGIES CUTANEO MUQUEUSES CHEZ L'ENFANT ET L'ADULTE : URTICAIRE, DERMATITES ATOPIQUE ET DE CONTACT - N°114

I- Urticaire

-Diagnostic :

Papules œdémateuses, fugaces, migratrices et prurigineuses.

-Bilan d'une urticaire aigu :

- Clinique : interrogatoire à la recherche d'un facteur déclenchant

-Bilan d'une urticaire chronique

- Clinique
  - interrogatoire à la recherche de facteurs déclenchants.
  - test de provocation physique
  - recherche de foyers infectieux chroniques
- Paraclinique
  - biologique : NFS, VS, EPP, bilan hépatique, ECBU
  - bilan immunologique en cas de point d'appel
  - radiologique : radio de thorax et panoramique dentaire

-Prise en charge (hors œdème de Quincke)

- Médicale
  - Symptomatique :
    Urticaire aigu : antihistaminiques H1 : cétirizine 15 jours.
    Urticaire chronique : anti H1 3 mois puis diminution progressive.
  - Etiologique : EVICTION de l'allergène
- EDUCATION
- Surveillance

II- Dermatite atopique

-Diagnostic :

Début des symptômes : nourrisson > 3 mois.

-4 critères majeurs :

- ATCD personnels et familiaux d'atopie
- Prurit
- Lésions caractéristiques : placards érythémato squameux ou vésiculeux à contours émiettés + suintants + prurit + localisés sur les zones convexes du visage et les plis de flexion.
- Chronicité.

-Bilan : uniquement clinique, pas d'exploration paraclinique en 1ere intention.

-Complications :

- Infectieuses :
  - impétigo
  - syndrome de Kaposi Juliusberg : surinfection à herpes virus
- Erythrodermie
- Psychologiques
- Autres manifestations atopiques

-Prise en charge : de la xérose, de l'inflammation, de la surinfection.

- Médicale
  - Symptomatique : règles hygiéno-diététiques
    - ↳ Xérose : toilette au savon surgras, crèmes hydratantes, vêtements en coton.
    - ↳ Inflammation et surinfection : ongles courts, éviction des personnes porteuses d'herpès labial, interdire le BCG pendant les poussées.
  - Etiologique : dermocorticoïdes : 1 application par jour puis sevrage progressif.
- Psychologique : soutien des parents et de l'enfant
- surveillance

III- Eczéma de contact

-Diagnostic :

- Lésions évoluant en 4 phases :
  - Erythèmateuse
  - vésiculeuse
  - suintante
  - croûteuse et desquamative.
- Prurit
- Maladie professionnelle

-Bilan :

- Clinique
  - interrogatoire : ATCD d'atopie, profession.
  - Examen clinique : topographie des lésions
- Paraclinique
  - tests épicutanés.

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique : soins locaux : antisepsie (chlorhexidine)
  - Etiologique : Eviction de l'allergène
Dermocorticoides
- Psychologique : soutien
- Sociale : ARRET DE TRAVAIL, déclaration de maladie professionnelle.
- surveillance

ALLERGIES RESPIRATOIRES CHEZ L'ENFANT ET CHEZ L'ADULTE - N°115

On distingue : rhinite allergique et asthme

1- asthme : cf. n°226
2- rhinite allergique

-*Epidémiologie* : 40% de la population, rares avant 5 ans

-*Classification des rhinites* :

- Intermittente : symptômes < 4fois /semaine ou < 4 semaines/an
- Persistante : symptômes > 4fois /semaine ou > 4 semaines/an

Et

- Légère : activité et sommeil normaux, symptômes peu gênants
- Modérée-sévère : activité et sommeil perturbés, symptômes gênants

-*Bilan :*

- Clinique
  - rhinoscopie antérieure
- Paraclinique
  - tests épicutanés

-*Prise en charge :*

- Médicale
  - Symptomatique : corticoïdes et anti H1 locaux associés aux anti H1 PO en cas de symptômes gênants.
  - Etiologique : désensibilisation si allergie aux acariens ou aux pollens.
- Surveillance

PATHOLOGIES AUTO IMMUNES : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET PRINCIPES DE TRAITEMENT - N°116

I- Epidémiologie et facteurs favorisants

Prévalence des maladies auto immunes : 5 à 10%

Sex ratio : F/H = 9/1

Facteurs favorisants : maladies multifactorielles (environnement, génétique)

II- Anomalies biologiques les + fréquentes

- Auto anticorps.
- Cytopénies : anémie, leucopénie et thrombopénie
- Hypergammaglobulinémie polyclonale
- Hypocomplémentémie, cryoglobulinémie
- Syndrome inflammatoire rare !

-Prise en charge : chaque maladie a un traitement spécifique

- Médicale :
  - Symptomatique : kinésithérapie, traitement de la douleur, traitement des atteintes viscérales.
  - Etiologique : corticoïdes, immunosuppresseurs, plasmaphérèse, immunoglobulines intra veineuses
- Psychologique : soutien, associations de patients
- Sociale : 100%, adaptation du poste de travail
- Surveillance :
  - clinique :
    - ↳ Observance et tolérance des traitements
    - ↳ Examen des organes cibles de la maladie.
  - paraclinique : variable selon la maladie

-Prévention des poussées :

- Interdire l'automédication, éviction des œstrogènes et autres médicaments inducteurs de maladies auto immunes
- Protection solaire.
- Grossesse programmée.

III- Les maladies auto immunes : les + fréquentes font l'objet de questions spécifiques ; pour les autres, quelques mots clés :

- Sclérodermie :
  - maladie multi viscérale, syndrome de Raynaud
  - Ac anti scl 70.
  - Mauvais pronostic : atteinte rénale et cardiaque
- Polymyosite
  - déficit musculaire des ceintures bilatéral et symétrique
  - augmentation des CPK + EMG (fibrillation et décharges répétées) + biopsie musculaire+ Ac anti JO1 et SRP.
  - penser à une manifestation paranéoplasique
- Syndrome de Goujerot sjogren
  - primitive (isolée) ou secondaire (associée à un lupus ou une PR)
  - glandes exocrines : xérophtalmie et xérostomie
  - biopsie de glande salivaire + Ac anti SSA et SSB

LUPUS ERYTHEMATEUX DISSEMINE. SYNDROME DES ANTI PHOSPHOLIPIDES (SAPL) - N°117

I- Lupus érythémateux disséminé.

-*Diagnostic* : au – 4 critères de l'ARA.

-*Bilan :*

- Clinique : recherche d'un lupus induit
- Paraclinique
  - Diagnostic immunologique :
    - ↳ FAN, Ac anti DNA natif, anti Sm, anti SSA SSB, cryoglobuline, complément, test de coombs direct et indirect.
    - ↳ Recherche d'un SAPL : TP, TCA, TPHA-VDRL, anticoagulant circulant et Ac anticardiolipine
  - Complications :
    - ↳ Rénales : ionogramme sanguin, urémie, créatininémie, ECBU, protéinurie des 24 h, electrophorèse des protides urinaires.
    - ↳ Cardio pulmonaires : radio de thorax et ECG
    - ↳ Recherche d'un syndrome inflammatoire : CRP, NFS, VS, EPP.
  - Préthérapeuthique : βHCG, NFS, plaquettes, bilan ophtalmologique.

-*Prise en charge* : multidisciplinaire

- Médicale
  - Symptomatique : repos, antalgiques et AINS, kinésithérapie
  - Etiologique :
    - ↳ Après bilan préthérapeutique : traitement de fond par antipaludéens de synthèse associés à une contraception par microprogestatifs.
    - ↳ Corticothérapie en cas de forme grave.
- Psychologique : soutien, associations de patients, éducation.
- Sociale : 100%, COTOREP.
- Surveillance

II- Le syndrome des anti phospholipides.

-*Bilan :*

- Clinique
  - livedo, AVC, complications de la grossesse (au – 3 fausses couches spontanées ou 1 mort fœtale in utero ou 1 accouchement prématuré)
- Paraclinique
  - biologique : TP, TCA, anticoagulant circulant, Ac anti cardiolipine, TPHA VDRL.

- Radiologique :
  - ↳ Echographie cardiaque à la recherche d'une endocardite de Libman Sachs
  - ↳ IRM cérébrale

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique : traitement des facteurs de risque cardio vasculaires
  - Etiologique : ASPIRINE
- Sociale : 100%
- Surveillance

-Prévention secondaire

- Des thromboses : AVK au long cours
- Des complications obstétricales : aspirine → aspirine + HNF

→ Aspirine + HNF + corticoïdes.

MALADIE DE CROHN ET RECTOCOLITE HEMORRAGIQUE N°118

I- Maladie de Crohn

-Diagnostic : histologique par iléo coloscopie avec biopsies et examen anatomopathologique

- examen macroscopique
  - « De la bouche à l'anus »
  - Lésions segmentaires et transmurales
  - Associées à des complications : fissures, fistules, ulcérations, sténoses.
- examen microscopique :
  - Recherche d'un granulome tuberculoïde.

-Bilan

- clinique
  - ATCD familiaux de MICI, tabagisme.
  - recherche : diarrhée, rectorragies, syndrome de Köenig, fissure anale, malabsorption.
- Paraclinique :
  - iléo coloscopie + biopsies+ anapath.
  - Transit du grêle

II- Rectocolite hémorragique.

-Diagnostic : iléo coloscopie avec biopsies et anapath.

- examen macroscopique
  - Lésions limitées au côlon et rectum toujours atteint
  - Lésions continues et non transmurales
- examen microscopique :
  - pas de granulome tuberculoïde.

III- Complications des MICI

- Digestives :
  - cancer colorectal, justifiant une surveillance par coloscopie tous les 2 ans, + fréquent dans la RCH
- extra digestives :
  - rhumatologiques : oligoarthrite de cheville, spondylarthrite ankylosante
  - cutanées : érythème noueux, aphtes.
  - Hépatobiliaires : cholangiocarcinome, cholangite sclérosante.
  - Oculaires : uvéite.
  - Amylose.

N°119 - MALADIE DE HORTON ET PSEUDOPOLYARTHRITE RHIZOMELIQUE

I- Maladie de Horton= artérite des artères de moyen calibre

-Diagnostic

- Age > 60 ans
- Céphalées, troubles visuels, altération de l'état général
- Abolition du pouls temporal.

-Bilan :

- Clinique
  - recherche de troubles visuels : risque de cécité
  - recherche d'une PPR associée
  - palpation des artères temporales.
- Paraclinique : ne doivent pas retarder le traitement.
  - diagnostic :
    - ↪ VS augmentée
    - ↪ Biopsie de l'artère temporale : pan artérite segmentaire et focale associée à une infiltration par un granulome giganto cellulaire ; elle peut être normale.
  - complications : examen ophtalmologique bilatéral et comparatif
  - préthérapeuthique : corticoïdes.

-Prise en charge : en urgence

- Médicale
  - Symptomatique : mesures associées à la corticothérapie : cf. n° 174
  - Etiologique :

  Corticothérapie per os pour une durée totale de 2 ans

  En cas d'atteinte ophtalmologique : corticoïdes en bolus IV 3 j puis relais per os
- EDUCATION
- Sociale : 100%
- surveillance
  - clinique : observance et tolérance des corticoïdes.
  - Paraclinique : VS régulière, kaliémie, glycémie à jeun, bilan lipidique.

II- Pseudo polyarthrite rhizomélique

-Diagnostic : Arthro myalgies inflammatoires des ceintures régressant rapidement sous corticoïdes

-Bilan :

- Clinique
  - recherche d'une maladie de Horton
  - recherche d'un cancer (syndrome paranéoplasique)

- Paraclinique
  - diagnostic : VS augmentée
  - diagnostic différentiel : auto anticorps (FAN et facteur rhumatoïde) et radios des ceintures
  - pré thérapeutique : cf. maladie de Horton.

-*Prise en charge* : corticothérapie pour 1 an (cf. maladie de Horton)

PNEUMOPATHIE INTERSTITIELLE DIFFUSE - N°120

I- Bilan :

- Clinique
  - éliminer les pneumopathies interstitielles aiguës : OAP, pneumopathie infectieuse.
  - étiologique : exposition professionnelle, médicaments.
  - retentissement : IVD, dyspnée, cyanose.
- Paraclinique
  - diagnostic :
    - ↳ Radio de thorax : syndrome interstitiel
    - ↳ EFR : syndrome restrictif avec DLCO effondrée.
    - ↳ Gaz du sang artériels : effet shunt
    - ↳ ECG : recherche de signes droits
  - Etiologique :
    - ↳ Scanner thoracique
    - ↳ Fibroscopie bronchique avec lavage broncho alvéolaire

II- Quelques mots clés sur les principales étiologies.

- Sarcoïdose : 40% : cf. N° 124
- Fibrose pulmonaire primitive : 15% : hippocratisme digital et « crépitants velcro », présence sur la radio de thorax d'un réseau à petites mailles.
- Pneumoconiose : 6% : silicose et asbestose : cf. N°108
- Alvéolite allergique extrinsèque :
  - dû à des précipitines sériques de micropolyspora fæni
  - maladie professionnelle, 100%, éviction et arrêt de travail.
  - traitement : corticoïdes et oxygénothérapie.
- Médicaments : Cordarone® et bléomycine
- Histiocytose X : alvéolite à cellules de langerhans, atteint le jeune tabagique Connectivites : sclérodermie

N°121 - POLYARTHRITE RHUMATOÏDE

I- Diagnostic :

- Critères de l'ARA : au – 4 critères sur 7.
- Signes négatifs : pas d'atteinte : du rachis, des sacro iliaques et des articulations inter phalangiennes distales

II- Bilan :

- Clinique
  - interrogatoire : EVA et handicap fonctionnel
  - nombre de synovites
  - atteinte extra articulaire : pulmonaire, cardiaque, oculaire.
  - examen neurologique : risque de compression médullaire par luxation atloïdo axoïdienne.
- Paraclinique
  - biologique :
    - ↳ Inflammatoire : NFS, VS, CRP, EPP
    - ↳ Immunologique : HLA DR4, facteur rhumatoïde, Ac antifilagrine, Ac anti peptide citrullinés, Ac antipérinucléaires.
  - Radiologique
    - ↳ Articulations douloureuses : déminéralisation épiphysaire en bande
    - ↳ Pied : érosion de la tête du 5e métatarsien
    - ↳ Rachis cervical : face, profil, face bouche ouverte
  - Préthérapeuthique : ne pas oublier les βHCG +++

III- Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique :
    Repos lors des poussées, orthèses de repos, antalgiques et AINS, kinésithérapie
  - Etiologique : après bilan préthérapeuthique : traitement de fond associé à une contraception : antipaludéen de synthèse ou Méthotrexate®
- Psychologique : soutien, associations de patients.
- EDUCATION et INFORMATION sur la maladie et les immunosuppresseurs.
- Sociale : 100%, COTOREP et ergothérapie.
- Surveillance
  - Clinique :
    - ↳ EVA, handicap, réveils nocturnes, durée du dérouillage matinal, indices fonctionnels (Lee et Ritchie), nombre de synovites.
    - ↳ Observance et tolérance des traitements
  - Paraclinique de la tolérance du traitement de fond.

POLYRADICULONEVRITE AIGUE INFLAMMATOIRE SYNDROME DE GUILLAIN BARRE - N°122

I- Diagnostic : troubles sensitivo moteurs ascendants avec aréflexie osteotendineuse évoluant en 3 phases : extension- plateau- récupération.

II- Bilan : *urgence diagnostique et thérapeutique.*

- Clinique
  - interrogatoire :
    - ↪ Recherche d'une étiologie : virose récente, vaccin
  - examen physique :
    - ↪ Recherche de critères d'admission en USI : troubles respiratoires, troubles de déglutition, dysautonomie
    - ↪ Recherche d'une diplégie faciale
- Paraclinique
  - diagnostic :
    - ↪ Electromyogramme :
      - → bloc de conduction
      - → Augmentation de la latence distale.
    - ↪ Ponction lombaire : dissociation albumino cytologique
    - ↪ Potentiels évoqués somesthésiques : démyélinisation proximale
  - Complications : ECG, gaz du sang artériels, EFR et radio de thorax.
  - Diagnostic différentiel : sérologies (VIH, hépatites, Lyme), NFS, VS, glycémie à jeun

III- Prise en charge : hospitalisation en urgence, patient scopé et à jeun.

- Médicale
  - Symptomatique :
    - ↪ Prévention des complications de décubitus : nursing, HBPM, kinésithérapie, nutrition en l'absence de troubles de déglutition
    - ↪ Soins oculaires en cas de paralysie faciale
  - Etiologique : plasmaphérèse ou injection d'Ig intraveineuses.
- Psychologique : soutien, information
- Surveillance
  - Clinique : critères d'admission en USI
  - Paraclinique : ECG et pick flow tous les jours, EMG réguliers.

N° 123 - PSORIASIS

I- Diagnostic *: il est clinique*

- Pathologie chronique évoluant par poussées
- Plaques érythémato squameuses bien limitées
- Non prurigineuses
- Topographie : face d'extension des coudes et genoux, ombilic, cuir chevelu, région lombo sacrée.

II- Bilan :

- Clinique
  - recherche de facteurs déclenchants : stress, viroses, médicaments, traumatisme cutané…
  - extension des lésions.
  - recherche d'un rhumatisme associé.
  - Recherche de contre indications aux traitements.
- Paraclinique : en cas de psoriasis étendu ou compliqué.
  - Préthérapeutique
    - ↳ acitrétine : βHCG, bilan hépatique, rénal et lipidique
    - ↳ PUVA thérapie : βHCG, bilans rénal et hépatique

III- Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique : traitement du facteur déclenchant
  - Etiologique : en fonction de l'étendue :

Psoriasis vulgaire peu étendu (< 30%) : dermocorticoïdes

Psoriasis vulgaire étendu :

- acitrétine + contraception ou
- PUVA thérapie après 50 ans associée à une photo protection.

Psoriasis pustuleux généralisé ou érythrodermie psoriasique :

- urgence
- Dermocorticoïdes et soins locaux
- Acitrétine + contraception.

Rhumatisme psoriasique : contraception + AINS → Salazopyrine® → Méthotrexate®

- Psychologique : soutien, EDUCATION et INFORMATION
- surveillance
  - ↳ clinique : évolution, observance et tolérance des traitements.

I- Diagnostic

Il est histologique : Granulome épithélioïde et giganto cellulaire sans nécrose caséeuse.

Il est clinique et radiologique dans le syndrome de Löfgren : fièvre, arthralgies, érythème noueux, anergie tuberculinique, adénopathies médiastinales.

II- Bilan :

- Clinique
  - signes de gravité : atteintes cardiaque et neurologique
  - signes en faveur d'un syndrome de Löfgren, ou d'un syndrome de Heerfordt (uvéite + paralysie faciale + parotidite bilatérale + fièvre)
  - Examen ophtalmologique bilatéral et comparatif
  - IDR
- Paraclinique
  - diagnostic :
    - ↳ Fibroscopie bronchique : biopsies étagées et anapath et lavage bronchoalvéolaire (alvéolite à CD4)
    - ↳ Radio de thorax (4 types de lésions) et scanner thoracique
    - ↳ Enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) (augmentée)
  - Retentissement :
    - ↳ EFR (normaux ou syndrome restrictif) et gaz du sang artériels (normaux)
    - ↳ Bilan phosphocalcique (BPC) sanguin et urinaire (hypercalcémie)
    - ↳ ECG et échographie cardiaque trans thoracique
    - ↳ Bilan rénal et échographie rénale
  - Diagnostic différentiel :
    - ↳ LDH (lymphome ?)
  - Evolutivité :
    - ↳ Lavage broncho alvéolaire, ECA, EPP, BPC, scintigraphie au gallium 67.

III- Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique : mesures associées à la corticothérapie sans supplémentation calcique !
  - Etiologique : En cas de forme grave ou rapidement évolutive : Corticothérapie 18 mois
- Psychologique : soutien, éducation et information
- Surveillance :
  - Clinique : Recherche d'une atteinte cardiaque et/ou neurologique
Observance et tolérance des corticoïdes

N°125 - SCLEROSE EN PLAQUES.

I- Définition : lésions inflammatoires de la substance blanche du système nerveux central disséminées dans le temps et dans l'espace.
Il existe 3 formes cliniques : Rémittente, primitive progressive, secondairement progressive

II- Diagnostic : les signes cliniques fréquemment retrouvés :

- Femme jeune
- Troubles visuels : NORB, diplopie, ophalmoplégie internucléaire
- Syndrome de Brown Sequard
- Syndrome cordonal postérieur avec signe de Lhermitte
- Troubles génito sphinctériens

III- Bilan :

- Clinique
  - bilan ophtalmologique bilatéral et comparatif
  - bilan de troubles sphinctériens
- Paraclinique : peuvent être normaux au début.
  - 3 examens à visée diagnostique :
    - ↪ Ponction lombaire : clair, normotendu, stérile, dissociation Albumino cytologique, présence de bandes oligoclonales d'IgG.
    - ↪ IRM cérébrale et médullaire T1 et T2 : hyper intensité T2 de la substance blanche prenant le contraste sans effet de masse,
    - ↪ Potentiels évoqués visuels, auditifs, somesthésiques

IV- Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique : repos, antalgiques, traitement de la spasticité, kinésithérapie.
  - Etiologique :
    - ↪ Des poussées : hospitalisation, corticothérapie pendant 3 jours
    - ↪ De fond si indications : Interféron β + paracétamol+ contraception
- Psychologique : soutien, associations de patients, éducation et information
- Sociale : 100%, COTOREP, ergothérapie
- Surveillance

V- Prise en charge des troubles sphinctériens :

- Médicale
  - Symptomatique :
    ↪ Règles hygiéno-diététiques : acidification des urines, prévention des infections urinaires,
    ↪ REEDUCATION VESICALE
  - Etiologique : après réalisation d'un bilan urodynamique et d'un ECBU

Anticholinergiques ou autosondage ou α bloquants en fonction des résultats.

- Surveillance :
  - Clinique
  - Paraclinique : ECBU réguliers.

IMMUNOGLOBULINE MONOCLONALE - N°126

I- Bilan :

- Clinique
  - Recherche de complications : hyperviscosité, insuffisance médullaire.
  - Recherche d'une étiologie : syndrome tumoral et douleurs osseuses

- Paraclinique

  EPP : pic monoclonal β pour les IgA, gamma pour les autres classes d'Ig → Immunoélectrophorèse des protides plasmatiques : confirme le caractère monoclonal et le type d'Ig → Dosage pondéral des immunoglobulines → NFS et myélogramme.

II- Selon le type d'immunoglobuline, on distingue :

- pic IgM : LLC et maladie de Waldenström

LLC : cf. N°163

Maladie de Waldenström :

- syndrome tumoral + syndrome d'hyperviscosité+ syndrome d'insuffisance médullaire+ absence de lésions osseuses.
- EPP : pic IgM kappa
- Myélogramme : infiltrat lymphoplasmocytaire polymorphe

- pic IgG, IgA, D, E :
  - bilan paraclinique à la recherche d'un myélome.
  - en cas de négativité : on conclut à une gammapathie monoclonale bénigne qui évolue dans 25% des cas vers un myélome, nécessitant une surveillance de l'EPP tous les 6 mois.

N°127 - TRANSPLANTATION D'ORGANE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET IMMUNOLOGIQUES ; PRINCIPES DE TRAITEMENT ET SURVEILLANCE ; COMPLICATIONS ET PRONOSTIC ; ASPECTS ETHIQUES ET LEGAUX

I- Aspects médico légaux et administratifs : cf N°8

II- Aspects épidémiologiques : succès à 1 an des transplantations :
Rein : 94%, foie : 85%, cœur : 90%, poumon : 56 %

III- Contre indications et choix du couple receveur- donneur

- Contre indications absolues du prélèvement pour le donneur :
  - donneur porteur du VIH, de l'hépatite B ou C, de la tuberculose,
  - sepsis non contrôlé
  - cancer évolutif
- Contre indications absolues de la transplantation pour le receveur :
  - âge > 65 ans
  - porteur du VIH, sepsis non contrôlé
  - diabète, cancer évolutif, troubles psychiatriques
- Eléments nécessaires au choix du couple donneur-receveur :
  - compatibilité ABO et HLA
  - cross match

IV- Bilan pré transplantation :

- Clinique
  - consultation psychiatrique
  - Consultation anesthésie
- Paraclinique
  - immunologique : groupe, Rh, RAI, phénotype HLA, Ac anti HLA
  - Cancer : total body scanner, PSA, fibroscopie œsogastroduodénale.
  - Infectieux :, sérologies (HIV, HVB, HVC, TPHA VDRL, CMV, HTLV 1, EBV, HSV, toxoplasmose), ECBU et radio de thorax
  - Cardiaque : ECG, échographie cardiaque transthoracique, écho doppler des troncs supra aortiques et des membres inférieurs
  - bio : NFS, plaquettes, TP, TCA, bilans rénal et hépatique

V- Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique : immunosuppression A VIE
    - ↳ Mesures associées : Bactrim® fort + ganciclovir + fungizone 3 mois,
    - ↳ Mesures associées aux corticoïdes.
    - ↳ Mise à jour des vaccinations
  - Etiologique intervention chirurgicale sous anesthésie générale
- Psychologique : soutien, information et éducation sur les immunosuppresseurs
- sociale : 100%
- Surveillance :
  - Clinique : observance et tolérance du traitement, facteurs de risque cardiovasculaires, risque de cancer.
  - paraclinique : surveillance des immunosuppresseurs : NFS et bilan rénal réguliers.

VI- Complications

- Dysfonction immunitaire du greffon : rejet hyper aigu, rejet aigu, rejet chronique
- Infections : virales (CMV), bactériennes (BK et listéria), parasitaires
- Néoplasiques : lymphomes et cancer cutanés
- Iatrogènes.

VII- Principes éthiques :

- Gratuité, anonymat
- Inviolabilité, non patrimonialité
- Consentement révocable

MODULE 9
THROMBOSE ET ATHEROSCLEROSE

N°128 : Athérome

N°129 : Facteurs de risque cardiovasculaires et prévention

N° 130 : HTA de l'adulte

N°131 : Artériopathie oblitérante de l'aorte et des membres inférieurs ; anévrysmes

N°132 : Angine de poitrine et infarctus du myocarde

N°133 : Accidents vasculaires cérébraux

N°134 : Néphropathie vasculaire.

N°135 : Thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire

N°136 : Insuffisance veineuse chronique ; varices.

N°137 : Ulcère de jambe

ATHEROME - N°128

I- Epidémiologie : 1ère cause de mortalité

II- Physiopathologie : 3 stades :

- Strie lipidique
- Plaque athéromateuse
- Plaque compliquée : sténose → thrombose → embolie

III- Prise en charge : 3 principes

- Multidisciplinaire
- Evaluation du risque cardiovasculaire global
- Prévention primaire et secondaire

FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRES ET PREVENTION - N°129

I- Facteurs de risque :

- Hypercholestérolémie
- Tabac
- HTA
- Diabète
- Age et sexe
- Hérédité
- Obésité

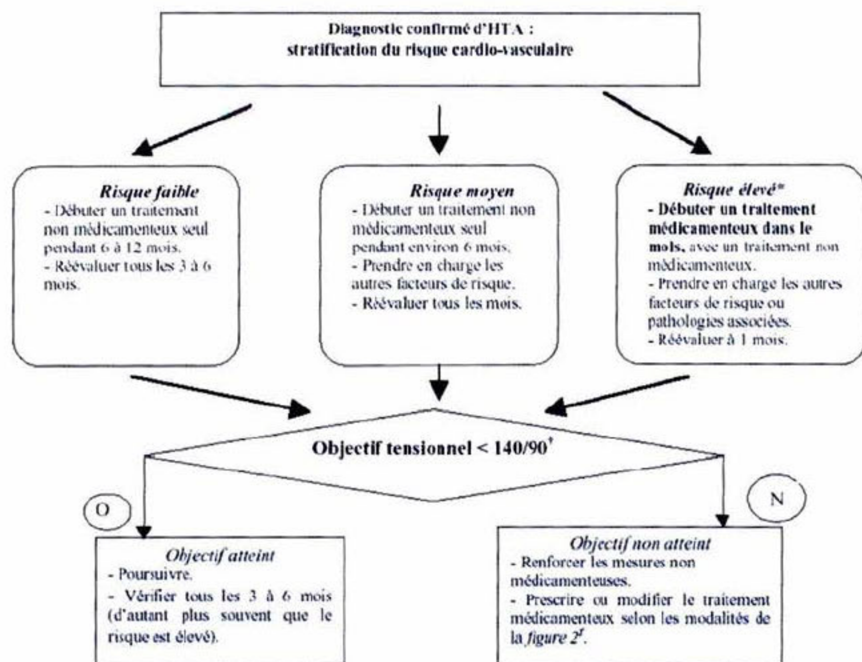
II- Prévention

- Primaire
  - éducation et information (importance de l'observance des RHD)
  - éradication des FDRCV : arrêt définitif du tabac, régime équilibré, exercice physique régulier.
  - Surveillance régulière
- Secondaire
  - éradication des facteurs de risque cardiovasculaires :
  - traitement médicamenteux systématique : (ABS)
    - ↪ aspirine
    - ↪ β bloquant
    - ↪ statine

III- Stratégies de prise en charge individuelle et collective :

- Individuelle : prévention primaire et secondaire, rôle du médecin traitant
- Collective : éducation sanitaire du public

SCHEMA ANAES POUR HTA DE L'ADULTE



* à l'exception des urgences hypertensives, qui ne sont pas l'objet de ces recommandations.

† Ou moins dans 2 cas particuliers : diabète et insuffisance rénale.

‡ Chez les patients à risque faible, une certaine « tolérance » est préconisée si le seul traitement non médicamenteux ne permettait pas d'atteindre l'objectif idéal de 140/90, sous réserve de réévaluation régulière de la situation.

Figure 1. Stratégie de suivi du patient hypertendu.

HTA DE L'ADULTE - N° 130

I- Définition : TA > 140/90 au repos, à 3 reprises sur au – 2 consultations

II- Bilan :

- Clinique
  - affirmer l'HTA
  - rechercher une cause secondaire : ATCD, prises médicamenteuses, triade de Ménard, auscultation et palpation des fosses lombaires, syndrome de cushing.
  - évaluer le retentissement par l'examen des organes cibles : yeux, cerveau, cœur, aorte, rein.
- Paraclinique : bilan OMS
  - Biologique : glycémie à jeun, bilan lipidique, kaliémie sans garrot, créatinine sérique, uricémie, hématocrite et hémoglobine, BU
  - ECG

III- Prise en charge : *à vie*

- Médicale : cf. tableau de l'ANAES
- Psychologique : éducation et information
- Sociale : 100%
- Surveillance :

ARTERIOPATHIE OBLITERANTE DE L'AORTE ET DES MEMBRES INFERIEURS ; ANEVRYSMES - N°131

I- AOMI

-Bilan :

- Clinique
  - stades de Leriche et Fontaine
  - recherche des FDRCV
  - palpation et auscultation des axes vasculaires
- Paraclinique
  - Diagnostic :
    - ↪ Echodoppler artériel des membres inférieurs
    - ↪ Artériographie des membres inférieurs systématique dès le stade 3 : étendue et siège des lésions, lit d'aval et collatéralité.
  - Préthérapeutique dès le stade 3

    Bilan préopératoire comprenant un bilan infectieux
  - Bilan vasculaire général systématique.

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique : Eradication des FDRCV
    Réhabilitation à l'effort : marche +++
  - Etiologique : Anti agrégant plaquettaire
- Surveillance

-Prise en charge des formes graves (dès le stade 3) : hospitalisation

- Médicale :
  - Symptomatique :
    ↪ Antalgiques IV
    ↪ Traitement des troubles trophiques
    ↪ VAT
  - Etiologique
    ↪ Héparinothérapie : HNF IVSE
    ↪ REVASCULARISATION : par angioplastie percutanée ou pontage.
    ↪ Antiagrégants plaquettaires
    ↪ Vasodilatateurs IV
- Sociale : 100%
- Surveillance

II- Anévrysme de l'aorte abdominale

-Bilan :

- Clinique
  - anévrysme sous rénal : signe de de Backey
  - auscultation : souffle abdominal
  - recherche d'autres anévrysmes : poplité ++
  - recherche des FDRCV
- Paraclinique
  - diagnostic :
    Echographie abdominale : seul examen à réaliser en cas d'urgence (rupture)
    ASP de profil : calcifications de l'anévrysme
  - bilan vasculaire général systématique
  - bilan préopératoire
    AngioIRM ou angiographie de l'aorte : siège, extension, lit d'aval et complications
    Bilan biologique et infectieux

-Complications

- Rupture : elle peut prendre tous les aspects cliniques !!
- Fissure
- Thrombose
- Embolie
- Compression
- Infection.

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique : toujours
    Eradication des FDRCV
  - Etiologique
    Antiagrégants plaquettaires
    > 5 cm : chirurgie : par mise à plat- greffe par prothèse en Dacron
- Surveillance : clinique et échographique tous les 6 mois.

ANGINE DE POITRINE ET INFARCTUS DU MYOCARDE N°132

I- Angor stable :

-Diagnostic : douleur thoracique d'effort rétro sternale, constrictive, trinitro sensible, imposant l'arrêt de l'effort, associée à un ECG inter critique le plus souvent normal

-Bilan :

- Clinique
  - recherche des FDRCV
  - examen cardio vasculaire
- Paraclinique
  - diagnostic positif :
    ECG d'effort en l'absence de contre indication
    Coronarographie si épreuve d'effort positive
  - Etiologique :
    Bilan des facteurs de risque cardiovasculaires
  - Complications :
    Echocardiographie transthoracique.

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique : traitement des FDRCV, arrêt du tabac !!
  - Etiologique
    - ↳ Aspirine + statine + β bloquant
    - ↳ Natispray® en cas de douleur
- Psychologique : éducation du patient sur la conduite à tenir en cas de douleur : arrêt de l'effort et 2 bouffées de Natispray®.
- Surveillance : clinique et paraclinique :
  - tous les 6mois : examen clinique et ECG
  - tous les ans : épreuve d'effort sous traitement et ETT.

II- Syndrome coronarien aigu

1) syndrome coronarien aigu avec sus décalage du segment ST

- Infarctus du myocarde transmural
- Angor de Prinzmétal

a) Infarctus du myocarde transmural.

-Diagnostic

- Douleur thoracique de repos trinitro résistante durant plus de 30mn
- ECG : sus décalage de ST dans au moins 2 dérivations contiguës et présence d'images en miroir.

-Bilan :

- Clinique : FDRCV, recherche de signes de gravité (classification de Killip).
- Paraclinique :
  - Diagnostic positif : Enzymes cardiaques : troponine, CPK, LDH, myoglobine
  - Diagnostic étiologique : Bilan des facteurs de risque cardiovasculaires
  - Complications : Echocardiographie transthoracique
  - Diagnostic différentiel : radiographie de thorax, gaz du sang.
  - Préthérapeutique : NFS plaquettes, TP, TCA, ionogramme sanguin.

-Prise en charge de la phase aiguë : urgence, hospitalisation en USIC

- Médicale
  - Symptomatique :
    - ↳ repos, patient scopé, rééquilibration des troubles hydroélèctrolytiques
    - ↳ oxygénothérapie
    - ↳ antalgiques
    - ↳ anxiolytiques
  - Etiologique :
    - ↳ Plavix® + aspirine + HNF IVSE + βbloquant + inhibiteur des antiGPIIBIIIA
    - ↳ Revascularisation en urgence :

Soit thrombolyse en l'absence de contre indications.

Soit coronarographie thérapeutique indiquée en cas de contre indication ou d'échec de thrombolyse ou de choc cardiogénique : angioplastie transluminale avec pose d'un stent.

Un pontage aorto coronaire peut être indiqué : sténose du tronc commun, lésions tri tronculaires, échec d'angioplastie.

- Surveillance
  - clinique : TA, pouls, syndrome de reperfusion en cas de thrombolyse
  - paraclinique : enzymes cardiaques et ECG toutes les 6h.

-Bilan post infarctus

- Clinique : suivi régulier par un cardiologue.
- Paraclinique
    - bilan vasculaire général
    - échographie cardiaque
    - fraction d'éjection isotopique du VG
    - potentiels tardifs et holter ECG
    - si ATL : scintigraphie d'effort à 3 et 6 mois.

-Prise en charge du post infarctus :

- Médicale
    - Symptomatique : RHD et réadaptation à l'effort
    - Etiologique :
        - ↳ Plavix® en post ATL, aspirine + β bloquant + statine
        - ↳ IEC si fonction VG < 40%
        - ↳ Natispray® en cas de douleur thoracique
- Psychologique : soutien
- Sociale : 100%, arrêt de travail, éventuel reclassement professionnel
- Surveillance régulière
    - Clinique
    - Paraclinique : ECG et échographie cardiaque tous les 6 mois.

b) angor de Prinzmétal :

-Diagnostic : douleur coronarienne nocturne, de repos, trinitro sensible survenant dans 90% des cas sur artères athéromateuses par spasme coronaire

- ECG : sus décalage du segment ST, sans onde Q

-Bilan : cf. angor instable + Coronarographie avec test au méthergin + holter ECG à la recherche de troubles du rythme.

-Prise en charge :

- Médicale
    - Symptomatique : cf. IDM
    - Etiologique : inhibiteur calcique : Isoptine®
- Surveillance

2) Syndrome coronarien aigu sans sus décalage du ST

- Angor instable
- Infarctus du myocarde sans onde Q

a) angor instable.

-Diagnostic : douleur angineuse de repos :

- De novo
- > 3 semaines post infarctus
- Crescendo : aggravation récente d'un angor stable

ECG : sous décalage de ST +/- ondes T négatives

-Bilan :

- Clinique : idem angor stable.
- Paraclinique
  - diagnostic différentiel : enzymes cardiaques normales
  - Etiologique : Bilan des facteurs de risque cardiovasculaires
  - Complications : Echocardiographie transthoracique

-Prise en charge : hospitalisation en USIC

- Médicale
  - Symptomatique : cf. IDM
  - Etiologique :
    - ↳ Plavix® + aspirine+ HBPM+ βbloquant
    - ↳ Coronarographie à 24 H ou en urgence en cas de résistance au traitement pour revascularisation par angioplastie percutanée transluminale
    - ↳ Inhibiteur de la GPIIBIIIA.
- Sociale : 100%, arrêt de travail.
- Surveillance : Cf. IDM.

b) Infarctus du myocarde sans onde Q

N°133 - ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

I- Accidents ischémiques cérébraux

-Bilan : urgence diagnostique et thérapeutique.

- Clinique
  - interrogatoire : heure de l'AVC, latéralité, ATCD d'AVC, FDRCV
  - examen neurologique
  - examen cardiologique (trouble du rythme, souffle cardiaque)
- Paraclinique : recommandations de l'ANAES
  - diagnostic positif :

    IRM pondérée en T1, T2 et flair + ARM du polygone de Willis

    Si IRM impossible : TDM cérébral sans IV qui retrouve :
    - ↳ hypodensité systématisée
    - ↳ dédifférenciation substance blanche- substance grise
    - ↳ disparition des sillons corticaux, hyperdensité intra artérielle.
    - ↳ Recherche de complication : œdème, effets de masse, hémorragie
- Etiologique :
  - écho doppler des troncs supra aortiques et doppler transcranien
  - ECG et échographie cardiaque transthoracique
  - Bilan des FDRCV et enzymes cardiaques.
- Préthérapeutique : NFS, plaquettes, TP, TCA, groupe, Rh, RAI, bilan rénal.

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique :
    - ↳ À jeun, scope cardio tensionnel
    - ↳ Traitement des facteurs aggravants : équilibre de la glycémie, de la TA et de la capnie.
    - ↳ Prévention des complications de décubitus : nursing, HBPM
    - ↳ Kinésithérapie et orthophonie
  - Etiologique :
    - ↳ anti agrégants plaquettaires
    - ↳ Si embolie d'origine cardiaque : AVK à vie
- Psychologique : soutien
- Sociale : 100%, COTOREP
- surveillance

-Prévention

- Primaire : sténose carotidienne asymptomatique > 70% : endartériectomie
- Secondaire :
  - éradication des facteurs de risque cardiovasculaires
  - aspirine + statine+IEC
  - si sténose carotidienne symptomatique> 60% : endartériectomie

II- Accidents vasculaires cérébraux hémorragiques

-Diagnostic :

- Déficits neurologiques sans systématisation artérielle
- Troubles de la vigilance

-Bilan :

- Clinique : recherche d'une étiologie : HTA, troubles de l'hémostase, traumatisme crânien, tumeur, malformation artérioveineuse
- Paraclinique
  - diagnostic positif, complications et étiologie : TDM cérébral sans injection : hyperdensité spontanée homogène, recherche d'un œdème cérébral, d'un effet de masse, d'une hémorragie méningée, d'une hydrocéphalie, d'une étiologie (tumeur, MAV…)
  - bilan étiologique et du retentissement d'une HTA

-Prise en charge hospitalisation en urgence

- Médicale
  - Symptomatique :
    - ↳ Patient à jeun, scope cardiotensionnel,
    - ↳ Lutte contre l'HTIC : éviter l'hypercapnie, proclive à 30%
    - ↳ Prévention des complications de décubitus.
    - ↳ Kinésithérapie et orthophonie
    - ↳ En cas de crise comitiale : antiépileptiques
    - ↳ Evacuation chirurgicale en cas d'aggravation
  - Etiologique : chirurgie en cas de MAV

- Psychologique : soutien
- Sociale : 100%, COTOREP
- Surveillance

-Prévention

- Primaire : éradication des facteurs de risque cardiovasculaires
- Secondaire : traitement d'une HTA

III- Lacunes cérébrales :

-Définition : AVC ischémiques profonds< 15 mm liés à l'HTA chronique
-Diagnostic : le plus souvent asymptomatique.
Il existe 5 syndromes lacunaires :

- Hémiplégie motrice pure
- Hémi syndrome sensitif pur
- Dysarthrie-main malhabile
- Hémiplégie -hémi hypœsthésie
- Hémiparésie ataxique

Evolution vers l'état lacunaire :

- Détérioration intellectuelle
- Syndrome pseudo bulbaire
- Marche à petits pas
- Incontinence urinaire

-Bilan et prise en charge : cf. AVC ischémique

IV- Thrombophlébite cérébrale

-Diagnostic :

- Signes de localisation neurologique non systématisés
- HTIC
- Crises comitiales

-Bilan :

- Clinique
  - recherche d'une étiologie : infection loco régionale, grossesse et post partum, maladie de Behçet, troubles de l'hémostase
- Paraclinique
  - Diagnostic :
    - ↪ TDM avec IV :
      - → Hyperdensité spontanée du sinus longitudinal supérieur
      - → Signe du delta après IV
      - → Complications : hypodensité par infarctus veineux.
    - ↪ ARM cérébrale en 2ème intention, artériographie cérébrale si persistance d'un doute diagnostic.
  - Etiologique : recherche de troubles de l'hémostase et d'un syndrome inflammatoire

-Prise en charge : urgence

- Médicale
  - Symptomatique :
    Anticomitiaux
    Lutte contre l'HTIC
    Prévention des complications de décubitus
    Kinésithérapie
  - Etiologique :
    ↪ HNF puis relais AVK pour 3 mois.
    ↪ Traitement d'une cause : infection…
- Surveillance

-Prévention :

- Secondaire : aspirine à vie

NEPHROPATHIE VASCULAIRE - N°134

-Bilan **:**

- Clinique :
  - interrogatoire : ethnie, FDRCV, HTA, gestes récents sur les artères, infections.
  - examen physique : pouls périphériques, souffle lombaire.
- Paraclinique :
  - bio : bilan rénal, ECBU, protéinurie des 24h NFS, plaquettes TP-TCA, VS CRP, sérologie HBV selon contexte
  - Radio : écho doppler rénal, ASP.
  - PBR en fonction du contexte sauf CI

I- Micro angiopathie thrombotique

-Etiologies : Syndrome Hémolytique et Urémique, HTA maligne.

-Diagnostic :

- Thrombopénie
- Anémie hémolytique mécanique (shizocyte)
- Insuffisance rénale aiguë

-Complications :

- Rénales : HTA, insuffisance rénale.
- Neurologiques : AVC, convulsion.
- Digestives : hémorragies.

II- Périartérite noueuse : vascularite rénale touchant les artères de moyen calibre.
-*Etiologies* : inconnue dans 90% des cas, hépatite B récente dans 10% des cas.
-*Bilan* :

- Clinique : une multitude de critères cliniques
- Paraclinique : artériographie abdominale : anévrismes artériels et infarctus rénaux segmentaire et biopsie neuromusculaire.
  Contre-indication de la biopsie rénale.

III- Néphroangiosclérose : complication rénale de l'HTA chronique
-*Diagnostic* **:**

- HTA : précédant l'IRC de plus de 10 ans, sévère et compliquée
- IRC : lentement évolutive, sans protéinurie
- Echographie rénale : rein harmonieux, avec absence de sténose athéromateuse

-*Complications* : I. rénale terminale et complication de l'HTA.

IV- Insuffisance rénale ischémique
-*Etiologies* :

- Sténose bilatérale des artères rénales
- Thrombose par athérome ou fibrodysplasie

-*Diagnostic* :

- Clinique :
  - Athérome : sujet >50ans avec FDRCV et IRC progressive, souffle lombaire.
  - Fibrodysplasie : femme jeune sans FDRCV.
- Paraclinique : écho-doppler rénal et artériographie :
  - En cas de sténose athéromateuse confirme la sténose.
  - En cas de fibrodysplasie : image en collier de perles.

-*Complications* :

- OAP
- I. rénale aiguë à l'introduction d'un IEC

V- Occlusion des gros vaisseaux
-*Etiologies* : thrombose ou embolie de la grande circulation
-*Diagnostic* :

- Clinique : douleur lombaire + hématurie + poussée hypertensive
- Paraclinique :
  - bio : créatininémie doublée
  - radio : écho-doppler rénale : absence de flux.
  - scanner abdominal avec injection

VI- Maladies des embols de cholestérol.

-Etiologies : manipulation de l'aorte ou de l'une de ses branches chez un patient polyathéromateux : chirurgie vasculaire, artériographie, angioplastie.

-Diagnostic :

- Clinique : signe cutané : orteils pourpres
- Paraclinique :
  - I. rénale rapidement progressive
  - biopsie cutanée musculaire ou rénale : fantômes de cristaux biconvexes dans une artériole.

-Complications **:**

- Accident cardio-vasculaire
- I. rénale terminale

THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE ET EMBOLIE PULMONAIRE - N°135

-Facteurs de risque :

- Facteurs de stase veineuse
- Troubles de la coagulation
- Facteurs de lésion pariétale.

I- Thrombose veineuse profonde

-Bilan :

- Clinique
  - rechercher une embolie pulmonaire associée
  - rechercher des facteurs de risque
- Paraclinique
  - diagnostic positif
    Ddimères : utiles si négatifs car éliminent le diagnostic
    Echodoppler veineux des membres inférieurs : veine incompressible
  - Complications : recherche d'une embolie pulmonaire
  - Préthérapeutique : NFS, plaquettes, TP, TCA.

-Prise en charge : urgence

- Médicale
  - Symptomatique : repos strict au lit, bas de contention, antalgiques
  - Etiologique :
    ↪ HBPM : enoxaparine + AVK dès J1 et pendant 3 mois
    ↪ Traitement d'une cause
- Psychologique : EDUCATION sur les AVK
- Sociale : arrêt de travail

- Surveillance
  - Clinique : constantes, signes d'EP, complications des anticoagulants
  - Paraclinique : numération plaquettaire 2 x / semaine jusqu'à arrêt des HBPM et INR toutes les 3 semaines.

-Prévention

- Primaire :
  - lever précoce en post opératoire, éviter l'immobilisation prolongée,
  - bas de contention
  - HBPM : enoxaparine : 0,4ml / jour sous cutané
- Secondaire : traitement des facteurs de risque

II- Embolie pulmonaire

-Bilan :

- Clinique
  - recherche de signes de gravité : insuffisance ventriculaire droite, syncope, hypotension artérielle, angor, tachycardie > 120/mn, insuffisance respiratoire aiguë
- Paraclinique
  - diagnostic
    - ↪ Pour orienter le diagnostic :
      - → ECG, gaz du sang artériels, radio de thorax, D dimères, échographie cardiaque transthoracique.
    - ↪ Pour confirmer le diagnostic :
      - → angioscanner pulmonaire en l'absence d'allergie à l'iode
      - → Ou scintigraphie pulmonaire en l'absence d'anomalie radiologique
      - → Angiographie pulmonaire en dernier recours.
  - Etiologique : recherche d'une phlébite : échodoppler veineux des membres inférieurs.

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique :
    - ↪ Repos strict au lit, bas de contention, antalgiques
    - ↪ Oxygénothérapie
  - Etiologique :
    - ↪ HNF IVSE + AVK dès J1 pendant 6 mois
    - ↪ Traitement d'une cause
- Psychologique : éducation sur les AVK.
- Sociale : arrêt de travail
- Surveillance
  - Clinique : constantes, dyspnée, SaO2, complication des anticoagulants

- Paraclinique :
  - TCA à H4 puis tous les jours jusqu'à arrêt de l'héparine
  - Numération plaquettaire 2x/ semaine jusqu'à arrêt de l'héparine
  - INR à 72 h puis toutes les 3 semaines et à chaque changement de dose des AVK
  - Contrôle de l'évolution à J10 par la technique d'imagerie ayant permis le diagnostic.

-Prévention : cf. TVP

III- Embolie pulmonaire grave : particularités de prise en charge

- Hospitalisation en réanimation
- Mesures précédentes +
- Remplissage vasculaire → fibrinolyse → embolectomie sous CEC

IV- Causes de récidive de thromboses veineuses profondes

- Thrombopénie à l'héparine
- Traitement insuffisant
- Persistance de l'étiologie
- Déficit en ATIII

INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE ; VARICES - N°136

-Bilan :

- Clinique
  - recherche de troubles trophiques : télangiectasies, dermite ocre, atrophie blanche, eczéma, hypodermite chronique, ulcère de jambe.
  - complications : thrombose, hémorragies.
- Paraclinique
  - diagnostic positif et étiologique

    Echo doppler veineux des membres inférieurs : recherche d'une incontinence ostiale, absente en cas d'insuffisance veineuse post phlébitique

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique :
    - RHD : Marche, traitement d'une obésité, d'une constipation, éviter la station debout prolongée
    - Bas de contention
    - VAT
    - Traitement des complications.
  - Etiologique : en l'absence d'efficacité du traitement symptomatique

Il est chirurgical : sclérose de varices, stripping.

- Surveillance.

N°137 - ULCERE DE JAMBE

-*Diagnostic* : clinique

- Ulcère veineux :
  - femme obèse > 50ans
  - Unique, propre, peu douloureux, malléolaire interne
  - Bilan d'insuffisance veineuse chronique
- Ulcère artériel :
  - homme > 50 ans présentant une AOMI
  - petits, multiples, douloureux, localisés en face externe de jambe et au dos du pied
  - bilan d'AOMI
- Angiodermite nécrosante
  - femme > 60 ans présentant une HTA chronique
  - douloureux
  - localisé au tiers inférieur de la loge antéro externe de jambe.

-*Prise en charge :*

- Médicale
  - Symptomatique :
    - ↳ Traitement local en 3 phases : Détersion, bourgeonnement et réépithélialisation
    - ↳ Traitement des complications : eczéma, infection
    - ↳ Antalgiques
    - ↳ VAT
  - Etiologique : traitement des FDRCV, d'une insuffisance veineuse.
- Surveillance

-*Complications :*

- Infection
- Eczématisation péri ulcéreuse (allergie au baume du Pérou)
- Récidive
- Dégénérescence cancéreuse
- Hémorragie, décompensation de tares.

MODULE 10
CANCEROLOGIE-ONCOHEMATOLOGIE

N° 138 : Cancer : épidémiologie, cancérogenèse, développement tumoral, classification.
N° 139 : Facteurs de risque, prévention et dépistage des cancers.
N°140 : Signes d'appel et investigations paracliniques ; stadifications ; pronostic
N°141 : Traitements des cancers : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie. La décision thérapeutique multidisciplinaire et l'information du malade.
N° 142 : Prise en charge du patient cancéreux à tous les stades de la maladie ; traitements symptomatiques ; modalités de surveillance ; problèmes psychologiques, éthiques et sociaux.
N° 143 : Agranulocytose médicamenteuse : conduite à tenir
N°144 : Cancers de l'enfant : particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.
N° 145 : Tumeurs de la cavité buccale et des voies aérodigestives supérieures.
N° 146 : Tumeurs intracrâniennes.
N° 147 : Tumeur du col utérin, tumeur du corps utérin
N° 148 : Tumeurs colorectales
N°149 : Tumeurs cutanés épithéliales et mélaniques.
N°150 : tumeurs de l'estomac
N°151 : tumeurs du foie
N°152 : Tumeurs de l'œsophage.
N°153 : Tumeurs de l'ovaire.
N°154 : Tumeurs des os primitives et secondaires.
N°155 : Tumeur du pancréas :
N°156 : Tumeurs de la prostate.
N° 157 : tumeurs du poumon.
N°158 : Tumeur du rein.
N°159 : Tumeur du sein.
N°160 : Tumeur du testicule.
N°161 : Dysmyélopoïèse.
N°162 : Leucémies aiguës
N°163 : Leucémies lymphoïdes chroniques
N°164 : Lymphomes malins.
N°165 : Maladie de Vaquez.
N°166 : Myélome multiple des os.

CANCER : EPIDEMIOLOGIE, CANCEROGENESE DEVELOPPEMENT TUMORAL, CLASSIFICATION - N° 138

I- Epidémiologie :

- 27% des décès annuels
- Les 5 cancers les plus fréquents :
  - sein : 42300 cas par an
  - prostate : 40000 par an
  - côlon : 35800 cas par an
  - poumon : 27600 cas par an
  - VADS : 24500 cas par an.

II- Cancérogenèse

- 3 étapes :
  - Initiation
  - Progression
  - Promotion.
- Propriétés de la cellule tumorale
  - Echappement à l'apoptose
  - Indépendance aux facteurs de croissance
  - Insensibilité aux facteurs d'anti croissance
  - Réplication illimitée
  - Angiogenèse, invasion et métastases

III- Les différentes classifications :

- TNM
- Histopronostiques, anatomopathologiques
- Etat général : OMS, Karnofsky
- Maladie résiduelle

N° 139 - FACTEURS DE RISQUE, PREVENTION ET DEPISTAGE DES CANCERS.

I- Facteurs de risque

- Génétiques
- Alimentation
- Tabac, alcool
- Exposition professionnelle
- Radiations ionisantes, chimiothérapies.

II- Prévention des cancers.

- Primaire :
  - Information sur le tabac, les règles hygiéno diététiques, l'exposition au soleil
  - Campagnes de dépistage
- Secondaire : éviction des facteurs de risque, examens cliniques réguliers.

III- Dépistage

-Critères de mise en place d'un dépistage de masse.

- Le test doit être :
  - acceptable par la population
  - sensible
  - Coût acceptable
- La maladie doit être :
  - fréquente
  - grave
  - curable
  - d'évolution naturelle connue
  - dont le traitement précoce diminue la morbi mortalité
  - prioritaire en santé publique

-Les cancers pour lesquels il existe un dépistage de masse :

- Cancer du sein : mammographie tous les 2 ans de 50 à 74 ans
- Cancer du col de l'utérus : 1er frottis après les 1ers rapports puis tous les 3 ans
- Cancer du côlon : en fonction du risque moyen, élevé, ou très élevé :
  - risque moyen : âge > 45 ans : test hémoccult
  - risque élevé : ATCD familiaux, ATCD personnels de cancer ou MICI : coloscopie tous les 2 à 5 ans
  - risque très élevé : conseil génétique +
    - ↳ PAF : rectosigmoidoscopie tous les ans à partir de la puberté
    - ↳ HNPCC : Coloscopie tous les 2 ans dès 25 ans
Examen gynécologique tous les ans dès 30 ans

SIGNES D'APPEL ET INVESTIGATIONS PARACLINIQUES STADIFICATIONS ; PRONOSTIC - N°140

I- Signes d'appel :

- Masse,
- Modification du transit, saignements anormaux, dysphagie
- Toux chronique
- Modifications d'un nævus, plaie ne cicatrisant pas

II- Stadification des cancers.

I : limité à l'organe d'origine
II : extension locale
III : extension locorégionale
IV : métastases.

III- Facteurs pronostics des cancers :

- Liés au patient : âge, stade OMS, qualité de la prise en charge, état psychologique
- Liés à la tumeur : histologie, degré de différentiation, ganglions, grade histologique
- Cliniques : extension locorégionale et métastases
- Biologiques : marqueurs, non hormono dépendance, biologie moléculaire

TRAITEMENTS DES CANCERS : CHIRURGIE, RADIOTHERAPIE, CHIMIOTHERAPIE, HORMONOTHERAPIE. LA DECISION THERAPEUTIQUE MULTIDISCIPLINAIRE ET L'INFORMATION DU MALADE N°141

I- Chirurgie

- Curative
- Palliative
- Reconstructrice

II- Radiothérapie :

- 3 types : externe, curiethérapie et radiothérapie métabolique.
- Principes de la radiothérapie :
  - Le fractionnement=nombre de séances,
  - L'étalement=temps écoulé entre la 1ere séance et la dernière

- Fractionnement et étalement permettent la restauration et la repopulation des cellules normales, et la ré oxygénation des cellules tumorales.

- L'efficacité de la radiothérapie est augmentée par 4 facteurs :
  - hyper oxygénation tissulaire
  - facteur temps : étalement et fractionnement
  - radiothérapie associée à la chimiothérapie
  - radiothérapie conformationelle
- Contre indications et effets secondaires :
  - contre indications : infection évolutive et fièvre
  - effets secondaires :
- Précoces : constants, atteinte de la peau, des muqueuses et des organes hématopoïétiques
- Tardifs : aléatoires et rares : fibrose active, cancers radio induits.

III- Chimiothérapie

- Toxicités communes des chimiothérapies
  - précoces : atteinte hématologique (cytopénies), allergie, troubles digestifs, atteinte cutanée (rash, mucite, photosensibilité).
  - tardives : alopécie, stérilité, cancers secondaires.

-Bilan pré chimiothérapie :

- Clinique
  - état général (grade OMS)
  - température, signes infectieux
  - tolérance de la chimiothérapie : signes spécifiques de chaque molécule
- Paraclinique : en fonction des chimiothérapies

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique :
    - ↪ Pose d'une voie veineuse ou d'un port a cath®
    - ↪ Prévention du syndrome de lyse : hyperhydratation alcaline + hyper diurèse
    - ↪ Antiémétique
    - ↪ Casque froid
  - étiologique
- Psychologique : soutien
- Sociale :
    - ↪ 100%
    - ↪ Pour les hommes : cryoconservation du sperme au CECOS.
- Surveillance

IV- Hormonothérapie

- Curative dans le cancer du sein hormonodépendant associée à la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie.
- Palliative dans le cancer de la prostate.

PRISE EN CHARGE DU PATIENT CANCEREUX A TOUS LES STADES DE LA MALADIE ; TRAITEMENTS SYMPTOMATIQUES ; MODALITES DE SURVEILLANCE ; PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES, ETHIQUES ET SOCIAUX N° 142

-*Prise en charge* : multidisciplinaire intégrant les réseaux de soins et assurant une continuité des soins.

- Médicale
  - Symptomatique
    - ↪ Traitement de la douleur
    - ↪ Prévention et traitement des complications iatrogènes :
    - ↪ Antiémétiques, lyse tumorale, infections, mucite (bains de bouche)
    - ↪ Mise à jour des vaccinations
  - Etiologique : curatif ou palliatif
- Psychologique

  Information et écoute du patient et de l'entourage
- Sociale
    - ↪ Evaluation par une assistante sociale : 100%
    - ↪ Favoriser la réinsertion, COTOREP en cas d'invalidité.
- Surveillance
  - Clinique et paraclinique de l'efficacité et de la tolérance des traitements

N° 143 - AGRANULOCYTOSE MEDICAMENTEUSE : CONDUITE A TENIR

I- Bilan :

- Clinique
  - interrogatoire : prises médicamenteuses et leur imputabilité intrinsèque et extrinsèque
  - signes de gravité : état de choc septique.
- Paraclinique
  - diagnostic positif :
    - ↪ NFS : PNN <500/mm3
    - ↪ Myélogramme par ponction sternale :
      - → Signes positifs : atteinte sélective de la lignée granuleuse : absence de précurseurs, pseudo blocage de maturation au stade promyélocytaire
      - → Signes négatifs : absence de blastes, absence d'anomalie des autres lignées.
  - Etiologique : Recherche d'Ac anti PNN
  - Complications : prélèvements bactériologiques : hémocultures, ECBU, radio de thorax.

II- Prise en charge : *URGENCE, hospitalisation*

- Médicale
  - Symptomatique :
    - ↪ Arrêt de tous les médicaments
    - ↪ Isolement protecteur
  - Etiologique : antibiothérapie : Tazocilline® + Amikacine® → si inefficace à 24h : ajout de Vancomycine® → si inefficace à 48h : ajout d'Amphotéricine B®
- Psychologique : EDUCATION :
  - arrêt à vie du médicament incriminé
  - Interdire l'automédication.
  - carte et liste des médicaments proscrits pour le patient et son médecin
- Sociale : alerter la pharmacovigilance.
- Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité et de la tolérance des traitements.

CANCERS DE L'ENFANT : PARTICULARITES EPIDEMIOLOGIQUES, DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES - N°144

I- Epidémiologie :
1% des cancers, 2eme cause de mortalité de l'enfant, le plus souvent avant 4 ans
Les cancers les plus fréquents sont :

- Lymphomes et leucémies aiguës : 45%
- Tumeurs cérébrales : 20%
- Tumeurs abdominales : 15%

II- Particularités paracliniques : privilégier les examens non irradiants, le diagnostic de certitude étant toujours histologique.
Possibilités thérapeutiques : Privilégier la chirurgie et la chimiothérapie, en évitant la radiothérapie.

III- Les principales tumeurs.
1- leucémies aiguës et lymphomes : cf. n° 162 et 164,

2- tumeurs cérébrales cf. n° 146

3- nephroblastome :
-Bilan :

- Clinique
  - asymptomatique
  - rechercher une hématurie et une HTA
- Paraclinique
  - diagnostic :
    - ↪ Echographie abdominale : masse rétro péritonéale, intrarénale, hétérogène.
    - ↪ Uroscanner médicolégal
    - ↪ ASP (calcifications rénales en motte)
  - Pronostic : recherche de métastases
    Radio de thorax et échographie abdominale

4- Neuroblastome :
-Bilan :

- Clinique
  - recherche de métastases : douleurs osseuses ++, foie, sous cutanées
  - recherche d'un syndrome paranéoplasique : diarrhée, ataxie, cushing
  - syndrome de Pepper : nourrisson < 6mois + métastase hépatique
  - syndrome de Huntchinson : exophtalmie douloureuse.

- Paraclinique
  - diagnostic :
    - ↪ Echographie abdominale : masse indépendante du rein, mal limitée, hétérogène, calcifiée ; recherche de métastases hépatiques
    - ↪ Recherche de HVA et VMA urinaire
  - Pronostic : recherche d'une extension métastatique
    - ↪ Scintigraphie au MIBG +++
    - ↪ Myélogramme
    - ↪ Radios du squelette entier

N° 145 - TUMEURS DE LA CAVITE BUCCALE ET DES VOIES AERODIGESTIVES SUPERIEURES.

I- Principes généraux :

-Facteurs de risque :

- Alcool et tabac
- ATCD de cancer des VADS, lésions précancéreuses
- Mauvais état bucco dentaire
- Exposition professionnelle : bois tropicaux pour le cancer de l'ethmoïde

-Histologie : carcinome épidermoïde sauf cancer du cavum et de l'ethmoïde

-Bilan

- Clinique : examen ORL avec schéma daté
  - palpation de la cavité buccale et mobilité linguale
  - laryngoscopie indirecte au miroir de clar.
  - nasofibroscopie + biopsies si lésions suspectes
  - palpation des aires ganglionnaires
  - état bucco dentaire, état nutritionnel et grade OMS
- Paraclinique
  - diagnostic positif :
    - ↪ Pan endoscopie sous anesthésie générale + biopsies + anapath
  - extension :
    - ↪ Scanner cervico facial avec IV
    - ↪ Radio de thorax, échographie hépatique et bilan hépatique
  - Préthérapeutique : NFS, plaquettes, TP, TCA, groupe, Rh, RAI, bilan rénal, ECG, gaz du sang artériels et EFR

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique :
    - ↪ Arrêt de l'alcool et prévention du DT, arrêt du tabac
    - ↪ Renutrition
    - ↪ Kinésithérapie respiratoire
    - ↪ Prévention de l'ostéoradionécrose de la mandibule
  - Etiologique : selon le type de tumeur et le TNM
- Psychologique : information, soutien psychologique, éducation.
- Sociale : 100%
- Surveillance clinique et paraclinique à vie

II- Tumeurs des VADS

	Clinique	Paraclinique	Traitement
Larynx 50% sus glottique, 45% glottique	Dysphonie		T1/T2 : laryngectomie partielle T3/T4 : laryngectomie totale + curage ganglionnaire+ trachéotomie définitive + orthophonie
oropharynx amygdale			Exérèse +curage ganglionnaire bilatéral et radiothérapie externe systématique.
hypopharynx sinus piriforme			T1/T2 : chirurgie conservatrice T3/T4 : pharyngo laryngectomie totale + curage ganglionnaire bilatéral + trachéotomie définitive + orthophonie
Cavité buccale	Ulcération chronique de la langue ou du plancher buccal	IRM faciale avec IV	Petite tumeur : electrorésection par voie buccale dans les autres cas : buccopharyngectomie par voie trans mandibulaire + curage ganglionnaire+radiothérapie externe.
Cavum (UCNT)	facteurs de risque : infection à EBV ethnie (Afrique du nord), homme jeune clinique : otite séreuse chronique unilatérale, rhinorrhée, atteinte neuro ophtalmologique	Naso fibroscopie + biopsie + anapath, sérologie EBV, scintigraphie osseuse. IRM faciale avec IV	Radiothérapie externe +chimiothérapie
Ethmoïde (adénocarcinome)	Rhinorrhée, douleur faciale et oculaire, atteinte neurologique	IRM faciale et cérébrale avec IV	Maladie professionnelle chirurgie+ radiothérapie externe

TUMEURS INTRACRANIENNES - N° 146

I- Tumeurs hémisphériques

-Bilan :

- Clinique
  - signes de localisation neurologique, épilepsie, HTIC
- Paraclinique
  - diagnostic positif :
    - ↳ Scanner cérébral avec IV et angio IRM cérébrale.
    - ↳ Biopsie stéréotaxique + anapath
  - complications : EEG et fond d'œil

-Les tumeurs les plus fréquentes :

	Histologie	clinique	TDM cérébral+ IV
astrocytome	Tumeur bénigne gliale		Hypodensité ne prenant pas le contraste
méningiome	Tumeur bénigne extra cérébrale	Femme âgée	Hyperdensité avec prise de contraste forte et homogène
Lymphome	Atteinte du corps calleux et des noyaux gris centraux	SIDA ++	Aspect en cocarde.
Métastases	Poumon, sein, mélanome, rein, côlon.		Aspect en cocarde

II- Tumeurs de la fosse postérieure

-Bilan :

- Clinique
  - HTIC, atteinte des paires crâniennes, syndrome cérébelleux
  - attitude guindée de la tête, torticolis
- Paraclinique
  - diagnostic positif :
    IRM cérébrale avec IV.
  - complications : fond d'œil

-Les tumeurs les plus fréquentes :

- Malignes :
  - chez l'enfant : médulloblastome du cervelet.
  - chez l'adulte : métastases.
- Bénignes :
  - chez l'enfant : gliome du cervelet (inopérable), épendymome du 4ème ventricule
  - chez l'adulte : neurinome de l'acoustique, hémangioblastome (maladie de Von Hippel Lindau)

III- Tumeurs de la région sellaire

-Bilan :

- Clinique
  - examen ophtalmologique
  - recherche d'une insuffisance antéhypophysaire, d'un syndrome tumoral : cushing, acromégalie, galactorrhée.
- Paraclinique
  - diagnostic positif : IRM cérébrale et bilan hormonal

-Les tumeurs les plus fréquentes :

- Chez l'enfant : craniopharyngiome : tumeur bénigne supra sellaire et calcifiée, récidivante après traitement chirurgical.
- Chez l'adulte : adénome hypophysaire

TUMEURS DU COL UTERIN, DU CORPS UTERIN - N° 147

I- Tumeur du col utérin.

a) états précancéreux

-Bilan :

- Clinique : asymptomatique
- Paraclinique :
  - frottis cervico-vaginal de la jonction pavimento-cylindrique
  - si anormale : colposcopie + biopsie des zones suspectes avant et après coloration et schéma daté
  - Puis classification de béthesda

-Prise en charge :

- Médicale :
  - LIEBG : surveillance tous les 6 mois par frottis
  - LIEHG : Conisation par électrorésection à l'anse diathermique puis examen anat-path
- Surveillance : frottis et colposcopie alternée tous les 6 mois pendant 5 ans.

b) cancer du col

-Facteurs de risques :

- MST : infection HPV, HIV.
- Premiers rapports sexuels précoces, partenaires sexuels multiples
- Multiparité
- Bas niveau socio-économique
- Tabac

-Histologie : carcinome épidermoïde

-Bilan :

- Clinique :
  - SF : métrorragies de sang rouge provoquées
  - Spéculum : tumeur bourgeonnante saignant au contact
- Paraclinique :
  - Diagnostic : biopsies + anat-path .
  - Extension :
    - ↪ examen clinique sous AG avec TV, TR, et schéma daté
    - ↪ IRM pelvienne : mesure le volume tumoral.
    - ↪ Radio de thorax et échò hépatique et BHC.
    - ↪ Marqueurs tumoraux : SCC .

-Prise en charge : globale et multidisciplinaire :

- Médicale :
  - < stade IIB + bon pronostic (<4cm, N-) : curiethérapie + opération de Wertheim
  - < stade IIB + mauvais pronostic : radio-chimiothérapie +chirurgie

- > stade IIB : radio-chimiothérapie
- UIV post opératoire à 10 jours.

• Psychologique : soutien
• Sociale : 100%.
• Surveillance :
  - Clinique tous les 6 mois
  - Paraclinique avec frottis du dôme vaginal

-Pronostic :

• Classification FIGO
• Volume tumoral>4cm
• Emboles tumoraux
• S5 : stade 1 80%, stade IV < 5%

II- Tumeur du corps de l'endomètre.

a) Fibromes utérins

-Bilan :

• Clinique :
  - Le plus souvent asymptomatique sinon ménorragies.
  - TV : tumeur régulière solidaire de l'utérus
  - Evaluer la tolérance d'une anémie
• Paraclinique :
  - Diagnostic :
    ↪ Echographie pelvienne : tumeur hypoéchogène
    ↪ Hystéroscopie avec curetage biopsique+anath-path.
  - Complications : NFS, ferritinémie
  - Terrain : Frottis cervico-vaginal et mammographie
  - Préthérapeutique : bilan urodynamique préopératoire.

-Complications :

• Compression
• Hémorragie
• Infection
• Anémie
• Nécrobiose aseptique
• Torsion

-Prise en charge :

• Médicale :
  - si asymptomatique : abstention
  - si hémorragique : progestatif et en cas d'échec myomectomie + anat-path, voire hystérectomie totale.

b) Cancer de l'endomètre.

-Facteurs de risques :

• Antécédents personnels ou familiaux de cancers

- Hyperoestrogénie.
- Hyperplasie atypique de l'endomètre
- Antécédents d'irradiation pelvienne

-*Histologie* : 80% adénocarcinome, 10% adéno-acanthome .

-*Bilan :*

- Clinique :
  - SF : toute métrorragie post-ménopausique
  - Touchers pelviens : utérus globuleux
  - Extension avec schéma daté
  - Terrain : Examen bilatéral et comparatif des seins
- Paraclinique :
  - Diagnostic :
    - ↪ Echographie pelvienne : augmentation de l'épaisseur de l'endomètre.
    - ↪ Hystéroscopie avec biopsies dirigées et Curetage biopsique étagée avec ex. anat-path.
  - Extension :
    - ↪ locale : IRM pelvienne, Echographie pelvienne,
    - ↪ Générale : Radio de thorax et échographie hépatique
  - Terrain : mammographie bilatérale

-*Prise en charge* :

- Médicale :
  - Stade I et II : traitement curatif
    - ↪ Chirurgie : colpohystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et lymphadénectomie iliaque bilatérale.
    - ↪ Radiothérapie externe si N+ou myomètre envahi >50%
  - Stade III : idem + curiethérapie
  - Stade IV : traitement palliatif

Dans tous les cas prévention des complications thromboemboliques.

- Psychologique
- Sociale : 100%
- Surveillance :
  - Clinique régulière avec frottis du dôme vaginal
  - Paraclinique : UIV à J10

-*Pronostic* :

- Age
- Stade FIGO, atteinte ganglionnaire
- Degré de différenciation de la tumeur
- Cytologie péritonéale

Survie à 5 ans :

- stade I = 80%
- stade IV = 10%

N° 148 - TUMEURS COLORECTALES

-Facteurs de risque :

- ATCD personnels et familiaux de cancer colique
- Polyadénomatose familiale et syndrome HNPCC
- Age > 45 ans
- Régime alimentaire riche en graisses et pauvre en fibres.
- Adénome villeux
- MICI

-Histologie : adénocarcinome lieberkhunien.

I- Cancer du côlon

-Bilan :

- Clinique
  - recherche de facteurs de risques
  - recherche de métastases : toucher rectal, douleurs osseuses, palpation du foie, recherche d'un ganglion de Troisier
- Paraclinique
  - diagnostic positif :
    Coloscopie totale + biopsies et anapath après vérification de l'hémostase.
  - bilan d'extension :
    Echographie hépatique et bilan hépatique, radio de thorax, scanner thoraco abdominal et dosage de l'ACE

-Prise en charge :

- Médicale
  - Etiologique
    - ↪ Chirurgicale : Exérèse de la tumeur en respectant une marge de 5 cm de part et d'autre + anastomose + curage ganglionnaire+ anapath.
    - ↪ Chimiothérapie adjuvante systématique dès le stade C de Dukes.
- Psychologique : information, soutien
- Sociale : 100%
- surveillance
  - clinique régulière
  - paraclinique : échographie abdominale, coloscopie, et radio de thorax réguliers.

II- Cancer du rectum

-Bilan :

- Clinique
  - rectorragies et syndrome rectal
  - TR : extension, ulcération, fixité de la tumeur, carcinose péritonéale
  - Recherche de métastases
- Paraclinique
  - diagnostic positif : rectosigmoidoscopie+ biopsies + anapath
  - bilan d'extension loco régionale
    Echo endoscopie rectale et IRM rectale, coloscopie + biopsies + anapath
  - bilan d'extension générale : cf. cancer du côlon

-Prise en charge :

- Médicale
  - Etiologique
    Radiothérapie préopératoire pour T3/T4/N+ : diminue les récidives locales et augmente la survie
    Chirurgie :
    ↳ Si tumeur < 2cm du bord supérieur du sphincter anal : amputation abdomino périnéale et ablation du mesorectum, avec colostomie gauche définitive, curage ganglionnaire et anapath.
    ↳ Si tumeur > 2 cm du bord supérieur du sphincter anal : proctectomie et ablation du mesorectum, anastomose colo anale, curage ganglionnaire + anapath
    Chimiothérapie adjuvante si T3/T4/N+
- Psychologique : information du patient : caractère définitif de l'amputation abdominopérinéale, complications de la chirurgie.
- Sociale 100%
- Surveillance : cf. cancer du côlon.

TUMEURS CUTANES EPITHELIALES ET MELANIQUES N°149

I- Tumeurs cutanées épithéliales.

	Carcinome baso-cellulaire 80%	Carcinome spino-cellulaire 20%
Facteurs de risques	- Rayons UVB solaires - Produits chimiques - Dermatoses prédisposantes : kératoses actiniques- maladie de Bowen – leucoplasie	
Clinique	Perle épithéliomateuse Aspect polymorphe Le plus souvent au visage Atteinte cutanée	Tumeur ulcéro-bourgeonnante et infiltrée Sur les zones découvertes Atteinte cutanée et muqueuse
Evolution	Pas de métastase Risques de récidives	Métastases Risques de récidives
Traitement	Exérèse chirurgicale + anatpath	

II- Mélanomes.

-Facteurs de risques :
- Personnels : ATCD personnels ou familiaux, nævus (congénital, géant >50 ou dysplasique), phototype clair.
- Acquis : exposition solaire

-Diagnostic : il est histologique
- Clinique : Asymétrie, Bords irréguliers, Couleurs hétérogènes Diamètre>6mm, Extension de taille
- Paraclinique : exérèse totale + anatpath : indice de Breslow

-Bilan d'extension :
- Clinique : examen cutané, recherche d'adénopathies
- Paraclinique : Stade 1 : radio de thorax, écho hépatique et LDH.
  > Stade 1 : scanner cérébral et thoraco-abdominal, BPCa et scintigraphie osseuse, BHC.

-Pronostic :
- Indice de breslow
- Localisation
- TNM.
- Survie à 5 ans pour le stade 1 : 70%

-Prise en charge :
- Médicale : exérèse chirurgicale élargie selon Breslow.
- Sociale : éducation : mesures de photo protection, information du patient.
- Surveillance : clinique en fonction du stade de Breslow, auto surveillance.

TUMEURS DE L'ESTOMAC - N°150

I- Facteurs de risque :

- Helicobacter pylori, ulcère gastrique
- Alimentation
- Gastrite chronique atrophique, polypes gastriques
- Terrain : asiatique > 65 ans

II- Histologie : adénocarcinome et lymphome

III- Bilan :

- Clinique
  - recherche de facteurs de risques
  - douleur épigastrique continue, vomissements chroniques
  - recherche de métastases : toucher rectal, recherche d'un ganglion de Troisier, douleurs osseuses, examen neurologique, recherche d'une localisation ovarienne.
- Paraclinique
  - diagnostic positif : fibroscopie œso gastro duodénale + biopsies multiples+ anapath et recherche d'Hélicobacter pylori
  - bilan d'extension locorégionale : écho endoscopie gastrique
  - bilan d'extension générale : échographie abdominale, radio de thorax et scanner abdomino pelvien

IV- Pronostic : survie à 5 ans : 18%

N°151 - TUMEURS DU FOIE

I- Cancer primitif du foie

-Facteurs de risque :

- Cirrhose : 90% : VHB>VHC>alcool>hémochromatose, maladie de Wilson…
- Alimentation : aflatoxines.

-Histologie : carcinome hépato cellulaire

-Bilan :

- Clinique
  - recherche d'une étiologie
  - syndromes paranéoplasiques : fièvre, polyglobulie, hypoglycémie
- Paraclinique
  - Diagnostic positif :
    - ↪ Facteur V > 100%, alpha fœto protéine > 500,
    - ↪ IRM hépatique : hypo intensité T1, hyper intensité T2, rehaussée par le gadolinium
    - ↪ PBH réalisée en cas de doute diagnostic persistant.
  - Diagnostic étiologique : sérologies VHC, VHB
  - Bilan d'extension : scanner abdomino pelvien et radio de thorax
  - Préthérapeutique : évaluation de la cirrhose :
    - ↪ Score de child Pugh
    - ↪ Fibroscopie œso gastro duodénale
    - ↪ Bilan hépatique

II- Tumeurs secondaires du foie : 70 % des tumeurs hépatiques

-Etiologies : cancers digestifs, sein, poumon, tumeurs neuroendocrines

-Bilan :

L'IRM hépatique montre une hypo intensité T1 non rehaussée par le gadolinium

III- Tumeurs bénignes du foie

<table>
<tr><th></th><th>Clinique</th><th>Echographie</th><th>IRM</th></tr>
<tr><td>Angiome</td><td>Asymptomatique</td><td>Hyperéchogène</td><td rowspan="5">Hypo intensité T1
Hyper intensité T2</td></tr>
<tr><td>Adénome</td><td>FDR : grossesse et contraception orale
Complications : cancer et hémorragie intra tumorale</td><td>Hypoéchogène</td></tr>
<tr><td>Hyperplasie nodulaire focale</td><td>Asymptomatique</td><td>Hypoéchogène + cicatrice centrale hyperéchogène</td></tr>
<tr><td>Cystadénome</td><td>Asymptomatique
Complication : cancer</td><td>Macrokyste à paroi épaisse</td></tr>
<tr><td>Kyste biliaire</td><td>Asymptomatique</td><td>Anéchogène, paroi fine</td></tr>
</table>

TUMEURS DE L'ŒSOPHAGE - N°152

I- Facteurs de risques :

- Pour le carcinome épidermoïde :
  - intoxication alcoolo-tabagique chronique
  - lésions précancéreuses : achalasie, brûlures caustiques, maladie cœliaque
- Pour l'adénocarcinome :
  - reflux gastro-œsophagien
  - endobrachyœsophage.

II- Histologie : Carcinome épidermoïde 80% et adénocarcinome 20%

III- Bilan :

- Clinique :
  - diagnostic : dysphagie, odynophagie.
  - extension :
    - ↪ locale : syndrome de compression médiastinale.
    - ↪ Générale :
      - → adénopathies (ganglion de troisier), hépato-splénomégalie, TR à la recherche d'une carcinose péritonéale.
  - recherche d'un cancer ORL synchrone
- Paraclinique :
  - diagnostic : fibroscopie œsophagienne + biopsies + anatpath
  - extension :
    - ↪ Locale : écho endoscopie œsophagienne
    - ↪ Générale : scanner cervico-thoraco-abdominal, radio de thorax, échographie abdominale et bilan hépatique.
  - terrain : pan-endoscopie des VADS.
  - Opérabilité : GDS et EFR, cardiovasculaire, état nutritionnel.

IV- Complications :

- Compression médiastinale : dyspnée, dysphonie, syndrome de Claude Bernard Horner, syndrome cave supérieur
- Pneumopathies, pleurésie
- Fistule broncho-œsophagienne
- Hémorragie digestive
- Péricardite

N°153 - TUMEURS DE L'OVAIRE

I- Tumeurs bénignes de l'ovaire : kystes ovariens

2 types de kystes : fonctionnel 90% et organique 10%.
Fonctionnel : il disparaît spontanément, il est toujours bénin
Organique : il peut-être épithélial, germinal ou stromal, il est le plus souvent bénin
Tout kyste évoluant depuis plus de 3mois doit être exploré : exérèse chirurgicale + anat-path.

-Bilan :

- Clinique : date des dernières règles, recherche de signes compressifs.
- Paraclinique : β-HCG, ASP, échographie abdominale.

-Complications :

- Compression extrinsèque
- Torsion
- Hémorragie
- Infection
- Rupture

II- Cancer de l'ovaire.

-Facteur de risque :

- Accumulation des ovulations : nulliparité, infertilité traitement par inducteurs de l'ovulation, première grossesse tardive
- Antécédents personnels ou familiaux de cancers de l'ovaire
- Age > 50ans et irradiation pelvienne

-Histologie : le plus souvent cystadénocarcinome séreux

-Bilan :

- Clinique : 70% des cancers de l'ovaire sont découverts au stade III
  - recherche de facteurs de risques
  - gynécologique : TV à la recherche d'une masse dure, fixée.
  - extension : recherche d'hépatosplénomégalie, ascite, TR (carcinose péritonéale) adénopathies
- Paraclinique :
  - Diagnostic : il est histologique : laparotomie pour cytologie péritonéale et biopsie tumorale + anat-path
    Echographie abdomino-pelvienne : tumeur>6cm, hétérogène, parois épaisses, cloisons et végétations intra kystiques, ascite.
  - Extension : écho abdominopelvienne, scanner thoraco-abdomino-pelvien, CA 125, ACE, CA19.9
  - Préopératoire

-Pronostic : survie à 5 ans = 30%.

- Stade FIGO, Age et état général
- Qualité de la réduction tumorale primaire
- Type histologique et grade de différenciation

TUMEURS DES OS PRIMITIVES ET SECONDAIRES - N°154

I- Tumeurs osseuses primitives

-Facteurs de risques :

- Radiations ionisantes
- Génétique : syndrome de Li Fraumeni et délétion du gène Rb

-Bilan :

- Clinique :
  - AEG+douleurs chroniques ou impotence fonctionnelle, tuméfaction
  - Extension avec schéma daté : ADP, signes d'infiltration des plans superficiel et profond, amyotrophie.
- Paraclinique :
  - Diagnostic : radio osseuse et IRM : taille>6cm, irrégularités, rupture corticale, fracture pathologique, envahissement des parties molles
  - Extension : scintigraphie osseuse, radio de thorax + écho hépatique
  - En cas de doute diagnostic : biopsie osseuse + anat-path

-Particularités des tumeurs bénignes :

- Fibrome non ossifiant : asymptomatique, disparaît à l'adolescence, atteinte de la métaphyse inférieure du fémur.
- Ostéochondrome : tuméfaction métaphysaire palpable. Dégénérescence <1%.
- Kyste essentiel : risque fracturaire, atteinte métaphysaire.
  - Radio : lacune à contours nets avec amincissement cortical.
- Ostéome ostéoïde : douleurs nocturnes sensibles aux salicylés.
  - Radio : nidus et ostéocondensation
  - Scinti osseuse : hyperfixation précoce.

-Particularités des tumeurs malignes :

- Ostéosarcome ostéogénique : la plus fréquente de l'enfant.
  - Elle touche la métaphyse des os longs. S5=60à80%
  - Métastase : pulmonaire et médullaire osseuse.
  - Radio : ostéolyse et image en feu d'herbe.
- Chondrosarcome : le plus fréquent chez l'adulte
  - Touche les os plats. S5=60à80%
  - Métastase pulmonaire
  - Radio : calcifications mouchetées.
- Sarcome d'Ewing : tumeur neuroectodermique très agressive touchant la diaphyse des os longs.
  - Bilan d'extension = idem tumeurs osseuse+biopsie ostéomédullaire
  - Radio : image en bulbe d'oignon et en feu d'herbe.

II- Tumeurs osseuses secondaires

-*Bilan* : clinique et paraclinique à la recherche d'un cancer ostéophile :

Poumons, Prostate, Rein, Sein, Thyroïde.

-*Localisations* : vertèbres, fémur, pelvis

-*Aspect radiologique* :

- Atteintes ostéolytiques : seins rein thyroïde poumon.
  - Sur les os longs : rupture corticale sans réaction périostée. Risque fracturaire.
  - Sur les vertèbres : hyper transparence osseuse, aspect de vertèbre borgne.
  - Complication : tassement vertébral
- Atteintes ostéocondensantes : Prostate, seins, carcinoïdes pulmonaires.
  - Sur les os longs : tache de bougie
  - Sur les vertèbres : vertèbres ivoires.
  - Complications : fracture, hypercalcémie, pan cytopénie.

N°155 - TUMEUR DU PANCREAS

I- Adénocarcinome du pancréas.

-*Facteurs de risques* :

- Pancréatite chronique
- Hérédité
- Tabac

-*Bilan* :

- Clinique : recherche de signes fonctionnels : douleur pancréatique, AEG, diarrhée, ictère
- Paraclinique :
  - diagnostic :
    - ↪ Echographie et scanner abdominal en coupes fines avec injection : iso densité non rehaussée par le PDC et dilatation du canal de Wirsung et des voies biliaires.
    - ↪ Biopsies + anath-path si tumeur inopérable
  - extension : écho endoscopie pancréatique, CA 19.9.
  - complications : glycémie à jeun
  - opérabilité : bilan nutritionnel, bilan de cirrhose

-*Pronostic* : survie à 5 ans = 3%

-*Complications* :

- Pancréatite aiguë
- Insuffisance pancréatique
- Thrombose artérielle
- Hémorragie digestive
- Angiocholite

II- Tumeurs neuroendocrines

Les 3 types les plus fréquents

- Insulinome : sécrétion d'insuline entraînant des hypoglycémies
- Gastrinome : maladie ulcéreuse et diarrhée chronique. Rentre dans le cadre des NEM 1.
- Non fonctionnelles : pas de sécrétion tumorale

III- Tumeurs kystiques :

- Cystadénome séreux : le plus fréquent. Ne dégénère pas.
- Cystadénome mucineux : risque de cystadénocarcinome mucineux

TUMEURS DE LA PROSTATE - N°156

I- Adénome bénin de prostate. Voir question n°247

II- Adénocarcinome de prostate.

-Facteurs de risques :

- Génétique : hérédité
- Alimentation riche en graisses

-Bilan :

- Clinique :
  - SF : le plus souvent asymptomatique
  - Diagnostic : toucher rectal : induration nodulaire et asymétrie de consistance de la glande.
  - Extension :
    - ↪ Locale : TR qui détermine le TNM
    - ↪ Générale : ADP, SMG, HMG.
- Paraclinique :
  - Diagnostic :
    - ↪ PSA > 4ng / ml
    - ↪ Histologique : biopsie prostatique + anat-path par échographie endorectale, après lavement, sous antibiothérapie et ECBU stérile.
  - Extension :
    - ↪ Locale : biopsie permettent de définir le stade de Gleason
    - ↪ Générale : scintigraphie osseuse et scanner abdomino-pelvien, bilan phosphocalcique.

-Prise en charge :

- Médicale :
  - curative si T1 ou T2 : prostatectomie radicale + anatpath ou radiothérapie externe
  - palliative si T3 ou T4 : castration chirurgicale par orchidectomie bilatérale ou hormonothérapie par analogue de la LH-RH
    + Blocage androgénique complet par antiandrogènes pour éviter l'effet flare-up.
- Sociale et psychologique
- Surveillance :
  - Clinique : toucher rectal
  - Paraclinique : PSA, créatinine.

-Pronostic :

- Volume
- Effraction capsulaire
- PSA>10
- Score de gleason >ou=8
- Présence de métastase.

N° 157 - TUMEURS DU POUMON

I- Cancer bronchique non à petites cellules

-Facteurs de risque

- Tabac
- Toxiques : amiante, fer, arsenic (exposition professionnelle)

-Histologie : Carcinome épidermoïde (45%), adénocarcinome (25%)

-Bilan :

- Clinique
  - recherche de syndromes compressifs (syndrome de la veine cave supérieure, pancoast tobias) et paranéoplasiques
  - recherche de métastases : foie, cerveau, surrénale
  - recherche d'un cancer ORL synchrone
- Paraclinique
  - Diagnostic positif :
    - ↪ Fibroscopie bronchique + biopsies multiples + LBA + anapath
    - ↪ Radio de thorax et scanner thoracique
  - Bilan d'extension :
    - ↪ Echographie abdominale et scanner abdominal avec coupes sur les surrénales
    - ↪ Scanner cérébral
    - ↪ Scintigraphie osseuse et bilan phosphocalcique

- Recherche d'un cancer ORL : pan endoscopie + biopsies+ anapath
- Terrain : EFR, gaz du sang, ECG, échographie cardiaque

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique : sevrage tabagique, kinésithérapie respiratoire, renutrition.
  - Etiologique : en fonction du stade :
    - ↪ Stade I : lobectomie + curage ganglionnaire
    - ↪ Stade II et III N1/2 : pneumectomie +curage+ chimiothérapie néoadjuvante
    - ↪ Stade III N3 et IV : radiothérapie
- Psychologique : soutien
- Sociale : 100%, déclaration éventuelle de maladie professionnelle.
- Surveillance clinique et paraclinique régulière

II- Cancer bronchique à petites cellules : 20%

-Facteurs de risque : cf. I

-Histologie : Tumeur neuroendocrine

-Bilan :

- Clinique
  - syndrome paranéoplasique : hippocratisme digital, cushing, syndrome de Lambert eaton, thromboses récidivantes, syndrome de shwartz Bartter.
  - Métastases précoces
- Paraclinique : diagnostic positif et bilan d'extension : cf. I.

En l'absence de métastases : réalisation d'une biopsie ostéomédullaire

-Prise en charge :

- Médicale
  - Symptomatique :
    - ↪ Sevrage tabagique, kinésithérapie respiratoire, renutrition.
    - ↪ Traitement des syndromes paranéoplasiques :
    - ↪ Syndrome cave supérieur : patient semis assis + oxygénothérapie+ héparinothérapie + corticothérapie + chimiothérapie
    - ↪ Syndrome de shwartz bartter : restriction hydrique pure
  - Etiologique : chimiothérapie par VP16 + cisplatine
- Psychologique : soutien
- Sociale : 100%
- Surveillance

N°158 - TUMEUR DU REIN

-*Facteurs de risques* :
- Génétique : phacomatoses.
- Dysplasie multikystique chez les transplantés rénaux

-*Histologie* : adénocarcinome à cellule claire développé à partir de cellules du tube contourné proximal.

-*Bilan* :
- Clinique :
  - diagnostic : douleur lombaire, hématurie, syndrome paranéoplasique (fièvre, anémie, HTA, hypercalcémie et syndrome de Stauffer).
  - extension : varicocèle droit en cas de tumeur rénale droite, contact lombaire, HMG, SMG.
- Paraclinique :
  - Diagnostic :
    - ↳ Echo-doppler rénale : tumeur pleine, solide, vascularisée.
    - ↳ Scanner abdominal : hypodensité rehaussée par le produit de contraste.
  - Extension : échographie abdominale, scanner thoracique, IRM abdominale à la recherche d'un envahissement de la veine rénale, scintigraphie osseuse.
  - Recherche d'un syndrome paranéoplasique : calcémie, NFS, BHC.

-*Pronostic* : S5=60%

N°159 - TUMEUR DU SEIN

I- Tumeurs bénignes

Les 3 tumeurs les plus fréquentes sont :

	Adénofibrome	**Kyste**	**Mastopathie fibrokystique**
Clinique	Nodule indolore, bien limité, mobile.	Tumeur ronde bien limitée	Terrain d'hyperœstrogénie
Mammo-écho	Opacité homogène	Lacune anéchogène	Kyste au sein de la fibrose
CAT	Cytoponction	Cytoponction	Si doute diagnostic cytoponction

-Bilan :

- Clinique :
  - Interrogatoire : recherche des facteurs de risque de cancer du sein
  - examen bilatéral et comparatif des seins avec schéma daté
- Paraclinique :
  - mammographie bilatérale + écho mammaire chez la femme jeune
  - cytoponction + anat-path en cas de tumeur solide

-Prise en charge : surveillance clinique et radiologique de la stabilité de la lésion

Pour la maladie fibro-kystique : progestatif en 2ème partie de cycle.

II- Cancer du sein

-Facteurs de risques :

- Hyperœstrogénie : puberté précoce, ménopause tardive, nulliparité, absence d'allaitement, obésité
- Antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein
- Génétique : BRCA1 et 2.
- Hyperplasies canalaires atypiques.

-Histologie : adénocarcinome canalaire.

-Bilan :

- Clinique :
  - Interrogatoire : facteur de risque
  - Diagnostic : examen des seins bilatéral et comparatif avec schéma daté : nodule dur, irrégulier avec recherche d'une adhérence cutanée et au muscle par manœuvre d'adduction contrariée de Tillaux.
  - Extension : ADP axillaire, HSMG, examen gynéco.
- Paraclinique :
  - Diagnostic :
    - ↪ mammographie bilatérale : opacité dense, hétérogène, spiculée rétractile +/- micro calcifications.
    - ↪ Echographie mammaire chez les femmes ayant des seins denses.
    - ↪ Biopsie-exérèse chirurgicale+anat-path
  - Extension : radio de thorax, échographie hépatique, BHC, scintigraphie osseuse si N+.
    - ↪ Marqueurs tumoraux : CA 15.3
  - Bilan Préthérapeutique : ECG, écho cardiaque, bilan rénal.

-Prise en charge :

- Médicale :
  - Chirurgicale :
    - ↪ si < 3cm : tumorectomie + anat-path
    - ↪ Si > 3cm mastectomie + anat-path

Dans tous les cas curage axillaire homolatéral.
- Radiothérapie adjuvante externe
- Chimiothérapie adjuvante en cas de facteur de mauvais pronostic
- Hormonothérapie si la tumeur est hormono-sensible.
- Sociale : 100%
- Psychologique
- Surveillance à vie : autopalpation, clinique, paraclinique.

-*Facteurs de mauvais pronostic* :
- Envahissement ganglionnaire et métastases
- Taille de la tumeur et tumeur inflammatoire
- SBR grade III
- Absence de récepteurs hormonaux
- Age< 40ans
- Emboles péritumoraux

N°160 - TUMEUR DU TESTICULE

-*Facteurs de risque* :
- Antécédent de cancer du testicule
- Antécédent de cryptorchidie

-*Histologie* : Le plus souvent tumeur germinales : 40% séminomateuses et 60% non séminomateuses.

-*Bilan* :
- Clinique : Examen bilatéral et comparatif.
  - Diagnostic : augmentation de volume d'une bourse, douleur, gynécomastie. Masse scrotale dure, signe de Chevassu.
  - Extension : hépatosplénomégalie.
- Paraclinique :
  Avant toute exploration, information du patient sur le risque d'orchidectomie et cryoconservation du sperme au CECOS.
  - Diagnostic : exploration chirurgicale par voie inguinale, puis orchidectomie après clampage du cordon, prélèvement du sang de cordon pour dosage des marqueurs tumoraux.
  - Extension :
    ↪ scanner thoraco-abdomino-pelvien et échographie abdominale.
    ↪ Marqueurs : α-fœto-protéine, β-HCG, LDH.

-*Pronostic* :
- TNM
- 4-10% de récidives pour les séminomes
- 2-20% de récidives pour les tumeurs non séminomateuses.

DYSMYELOPOIESE - N°161

I- Définition : perte d'uniformité et de l'architecture des cellules de chaque lignée

II- Etiologies :

- Primitives 90%
- Secondaires : génétique, induite par chimiothérapie et radiothérapie, exposition à des toxiques (benzène)

III- Diagnostic : il est cytologique

IV- Bilan :

- Clinique : le plus souvent asymptomatique
  - Recherche d'une insuffisance médullaire : tolérance d'une anémie
  - Recherche d'un syndrome tumoral
- Paraclinique :
  - NFS + frottis + réticulocytes : anémie arégénérative normo ou macrocytaire
  - Myélogramme avec coloration de Perls : moelle riche et anomalies morphologique (dysérythropoièse, dysmégacariopoièse, dysgranulopoièse), +/- présences de blastes.
  - Caryotype médullaire à but pronostic

V- 5 facteurs pronostics :

- Présence de blastes dans la moelle et dans le sang
- Importance des cytopénies
- Caryotype
- classification OMS

VI- Complications :

- Aggravation de l'insuffisance médullaire
- Acutisation
- Iatrogénie (hémochromatose post-transfusionnelle)

N°162 - LEUCEMIES AIGUES

-*Définition :* Prolifération monoclonale de cellules immatures au niveau de la moelle hématopoïétique.

I- Leucémie aiguë myéloïde

80% des leucémies de l'adulte

-*Bilan* :

- Clinique :
  - recherche de signes d'insuffisance médullaire
  - recherche d'un syndrome tumoral : hépatosplénomégalie, leucostase
- Paraclinique :
  - Diagnostic :
    - ↳ NFS + frottis sanguin : présence de blastes ou pancytopénie
    - ↳ Myélogramme avec cytologie, cytogénétique, biologie moléculaire, cytochimie, immunophénotypage : >20% de blastes, corps d'Auer et réaction des péroxydases positives
  - Complications : recherche d'un syndrome de lyse tumorale, d'une CIVD
  - Préthérapeutique : bilan infectieux, bilan prétransfusionnel avec typage HLA, ETT et ECG, cryoconservation du sperme au CECOS.

-*Critères de mauvais pronostic* : guérison dans 30% des cas

- >60 ans
- Cytogénétique
- Hyperleucocytose et syndrome tumoral important,
- Mauvaise réponse au traitement initial
- Forme secondaire, LAM6 et LAM7

-*Critères de rémission complète* :

- Absence de signes cliniques
- Hémogramme normal
- Blastose médullaire<5%

II- Leucémie aiguë lymphoïde

80% des leucémies aiguës de l'enfant

-*Bilan* :

- Clinique :
  - recherche de signes d'insuffisance médullaire
  - recherche de signes de prolifération tumorale : adénopathie, SMG, HMG, douleurs osseuses, atteinte neurologique, atteinte testiculaire

- Paraclinique :
  - Diagnostic :
    - ↪ NFS : idem LAM
    - ↪ Myélogramme : >20% de blastes mais absence de corps d'Auer et réaction des péroxydases négative
  - Complications : idem LAM + ponction lombaire systématique
  - Préthérapeutique : idem LAM

-*Critères de mauvais pronostic* : guérison dans 30% des cas

- Age< 1an, LAL secondaires
- Cytogénétique : translocation bcr-abl [9 ; 22]
- Hyperleucocytose et syndrome tumoral important,
- Corticorésistance,

-*Critères de rémission complète* : cf. LAM

LEUCEMIES LYMPHOIDES CHRONIQUES - N°163

I- Définition : Prolifération lymphoïde monoclonale B de lymphocytes, mâtures de morphologie normale.

II- Bilan :

- Clinique :
  - terrain : sujet>50ans
  - signes d'insuffisance médullaire,
  - syndrome tumoral (schéma daté)
  - recherche de complications infectieuses
- Paraclinique :
  - Diagnostic : NFS : hyperlymphocytose>4500/mm3
    Frottis sanguin : petits lymphocytes normaux
    Immunophénotypage des lymphocytes circulants : lymphocytes B matures monoclonaux, exprimant les marqueurs CD19, CD20 et pan-T : CD5 et CD23
  - Complications : Test de Coombs recherche d'une AHAI
    EPP : hypogammaglobulinémie

III- Complications :

- Infection à germes encapsulés
- Insuffisance médullaire : anémie, thrombopénie
- Auto-immunes : AHAI, TPAI, érythroblastopénie AI
- Transformation en lymphome de haut grade : syndrome de Richter

IV- Facteurs de mauvais pronostic

- Stade B et C de Binet
- GB>50000, doublement rapide des lymphocytes
- Cytogénétique

N°164 - LYMPHOMES MALINS

-Définition : prolifération maligne affectant le tissu lymphoïde

I- Lymphomes Hodgkinien

-Diagnostic : il est histologique avec destruction de l'architecture ganglionnaire et présence de cellules de Reed-Sternberg

-Bilan :

- Clinique : schéma daté
  - adénopathie : indolore ferme mobile et non inflammatoire.
  - Extension : rechercher un syndrome tumoral.
  - Signes généraux : fièvre, sueurs nocturnes, AEG.
- Paraclinique :
  - diagnostic : ponction-biopsie de l'adénopathie avec anatpath.
  - Extension :
    - ↳ Bio : LDH, biopsie ostéomédullaire, BPCa, BHC, PAL, bilan inflammatoire,
    - ↳ Radio : radio de thorax, scanner thoraco-abdomino-pelvien, échographie abdominale.
  - Préthérapeutique : urée, créatininémie, glycémie, ECG, cryoconservation de sperme au CECOS

-Pronostic :

- Terrain : homme>40 ans
- Clinique : signes généraux et mauvaise réponse au traitement initial
- Bio : LDH élevés, anémie, lymphopénie
- Radio : médiastin/thorax>1/3, stade de Ann Arbor étendu

II- Lymphomes non Hodgkinien

-Diagnostic : il est histologique et repose sur la biopsie ganglionnaire + anat-path.

-Bilan :

- Clinique : schéma daté
  - adénopathie superficielle
  - signes généraux : fièvre, sueurs, AEG
  - extension : recherche d'autres adénopathies, HSMG, examen ORL.
- Paraclinique :
  - Extension :
    - ↳ radio : scanner thoraco-abdomino-pelvien + échographie abdominale et radio de thorax
    - ↳ Bio : biopsie ostéomedullaire et ponction lombaire bilan phosphocalcique et BHC.
  - Immunologique : typage lymphocytaire, sérologies VIH, EBV, HTLV1, TPHA VDRL, syphilis.

- Inflammatoire : LDH, NFS, VS, EPP.
- Recherche d'un syndrome de lyse tumoral : bilan rénal, uricémie.
- Préthérapeutique : cryoconservation de sperme au CECOS

-Facteurs pronostics :

- >60 ans
- Stade III ou IV
- OMS>2
- LDH augmentés

MALADIE DE VAQUEZ - N°165

Il s'agit d'un syndrome myéloprolifératif

-Bilan :

- Clinique :
  - Diagnostic positif :
    SF : AEG, prurit, hyperviscosité sanguine (céphalées, vertiges).
    Splénomégalie, érythrose faciale.
  - Diagnostic différentiel : signes d'i. respiratoire chronique
- Paraclinique :
  - Diagnostic positif :
    - ↳ Hb>17g/dl chez l'homme et Hb >16g/dl chez la femme
    - ↳ Mesure isotopique de la masse sanguine : > 36 ml/kg chez l'homme et > 32 ml/kg chez la femme.
  - Diagnostic différentiel : éliminer une polyglobulie secondaire : GDS, échographie abdominale, HbCO plasmatique.
  - Complications : uricémie.

-Complications :

- Thromboses artérielles et veineuses
- Hémorragie
- Ulcère gastroduodénal
- Hyper uricémie
- Acutisation en leucémie aiguë.
- Myélofibrose

N°166 - MYELOME MULTIPLE DES OS

I- Définition : Prolifération médullaire maligne de plasmocytes pouvant secréter une immunoglobuline monoclonale.

II- Bilan :

- Clinique :
  - SF : douleurs osseuses résistantes aux antalgiques, AEG,
  - Recherche d'un syndrome tumoral et de signes d' I. médullaire.
- Paraclinique :

  Diagnostic :
  - Myélogramme : plasmocytes dystrophiques> 10%
  - Electrophorèse des protéines sériques : hyperprotidémie et pic étroit
  - Immunofixation des protéines sériques : précise le type d'Ig.
  - Protéinurie des 24h avec recherche d'une protéinurie de Bence-Jones
  - Immunoélectrophorèse des protides urinaires
  - VS augmentée

  Complications :
  - Radio du squelette axial : lacunes à l'emporte-pièce sans ostéocondensation périphérique, déminéralisation osseuse diffuse, fracture tassement vertébral
  - Fonction rénale : urée et créatininémie
  - NFS : anémie
  - Bilan phosphocalcique : recherche d'une hypercalcémie.

  Pronostic :
  - CRP, β2microglobuline.

III- Complications :

- Osseuse : compression médullaire, hypercalcémie, fracture, tassement vertébral.
- Rénale :
  - 4 causes d'I. Rénale aiguë : hypercalcémie, iatrogène, déshydratation, obstruction tubulaire par des chaînes légères
  - I. rénale chronique : tubulopathie, néphrocalcinose.
  - 3 causes de syndrome néphrotique : amylose AL, syndrome de Randall, cryoglobulinémie de type I.
- Infections
- Hématologique:anémie, trouble de l'hémostase, cryoglobuline et thrombopathie
- Hyperviscosité.

IV- Pronostic :

- Classification de Durie et Salmon
- CRP, β 2 microglobuline
- Age
- Type d'immunoglobuline
- Degré d'infiltration médullaire

MODULE 11

SYNTHESE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE- DE LA PLAINTE DU PATIENT A LA DECISION THERAPEUTIQUE- URGENCES

N° 167 : Thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses ; cadre réglementaire de la prescription ; recommandations.

N°168 : Effet placebo et médicaments placebo.

N°169 : L'évaluation thérapeutique et le niveau de preuve.

N°170 : La décision thérapeutique personnalisée. Observance médicamenteuse.

N°171 : Recherche d'un terrain à risque et adaptation thérapeutique. Interactions médicamenteuses.

N°172 : Automédication.

N°173 : Prescription et surveillance des antibiotiques.

N°174 : Prescription et surveillance des anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens.

N°175 : Prescription et surveillance d'un traitement anti-thrombotique.

N°176 : Prescription et surveillance des diurétiques.

N°177 : Prescription et surveillance des psychotropes.

N°178 : Transfusions sanguines et produits dérivés du sang : indications, complications.

N°179 : Prescription d'un régime diététique.

N°180 : Prescription d'une cure thermale.

N°181 : Iatrogénie : diagnostic et prévention.

THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES ET NON MEDICAMENTEUSES ; CADRE REGLEMENTAIRE DE LA PRESCRIPTION ; RECOMMANDATIONS - N° 167

-*Caractéristiques des médicaments génériques :*

- Même composition qualitative et quantitative
- Même forme pharmaceutique
- Bioéquivalence démontrée.
- Droit de substitution du pharmacien sauf mention spéciale du prescripteur.

-*Cadre réglementaire de la prescription :*
Il existe 3 listes :

- Liste 1 : médicaments toxiques
  - Ordonnance pour 1 mois maximum
  - Renouvellement autorisé sur indication du prescripteur
- Liste 2 : médicaments dangereux
  - Renouvellement possible pour 12 mois
- Liste des stupéfiants :
  - Ordonnance sécurisée
  - Ecrite en toutes lettres
  - Ordonnance pour 28 jours pour la morphine, 14 jours pour la méthadone
  - Doit être présentée au pharmacien dans les 24h

EFFET PLACEBO ET MEDICAMENTS PLACEBO - N°168

-*Définition* : différence entre modification constatée et celle imputable à l'action pharmacologique du médicament lors de l'administration d'une drogue active.
-*Facteurs influant sur l'effet placebo* :

- Médicament : nom, prix élevé, voie d'administration (IV>PO)
- Médecin : notoriété, relation de confiance
- Maladie : peu grave

-*Utilisation en recherche clinique* : en phase III

- Dans les essais de supériorité ou absence de médicament de référence.
- Wash-out dans les essais en cross-over.

-*Avantages* : peu de risques et d'effets indésirables
-*Inconvénients* : perte de chance si maladie grave
Le placebo doit être indiscernable du traitement contrôlé.

N°169 - L'EVALUATION THERAPEUTIQUE ET LE NIVEAU DE PREUVE.

Niveau de preuve applicable à la littérature scientifique. Grade des recommandations de l'ANAES.

TABLEAU ANAES

TABLEAU 2 : FORCE DES RECOMMANDATIONS	
Niveau de preuve scientifique	Grade des Recommandations
I. - Grands essais comparatifs randomisés avec résultats indiscutables - Méta-analyse - Analyse de décision	**A** Preuve scientifique établie
II. - Petits essais comparatifs randomisés avec résultats incertains	**B** Présomption scientifique
III. - Essais comparatifs non randomisés avec groupe de sujets contrôles contemporains - Suivi de cohorte IV. - Essais comparatifs non randomisés avec groupe de sujets contrôles historiques - Etude cas-témoins V. - Pas de groupe de sujets contrôles, série de patients	**C** Faible niveau de preuve établie scientifique

LA DECISION THERAPEUTIQUE PERSONNALISEE. OBSERVANCE MEDICAMENTEUSE - N°170

I- La décision thérapeutique.

- Adaptée au terrain
- Adaptée aux variations interindividuelles
- Adaptée aux choix du patient.

II- Facteurs améliorant l'observance médicamenteuse.

- Education et information du patient
- Schéma thérapeutique adapté au patient dans sa durée et son suivi.
- Simplification des schémas thérapeutiques
- Conditionnement et galénique adaptée
- Cahiers ou fiches d'observance à remettre au patient

RECHERCHE D'UN TERRAIN A RISQUE ET ADAPTATION THERAPEUTIQUE. INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES - N°171

I- Terrain à risques.

- Ages extrêmes
- Polymédicamentés
- Femme enceinte
- Pathologies spécifiques : insuffisance rénale, insuffisance hépatique.

II- Adaptation thérapeutique

- Mesure de l'effet thérapeutique (ex : INR et dosage sérique : lithium)
- Traitement le plus court possible
- Posologie adaptée au poids et à la clairance de la créatinine

III- Prévention des interactions médicamenteuses.

- Avant la prescription : interrogatoire sur traitement et ordonnances
- Pendant la prescription : privilégier les monothérapies pour éviter les interactions médicamenteuses. Connaître les inhibiteurs et les inducteurs enzymatiques.
- Après la prescription : réévaluer le traitement, savoir arrêter les médicaments.
- En cas d'effets inattendus : déclarer au centre de pharmacovigilance

N°172 - AUTOMEDICATION

I- Indication d'une automédication

- Pathologie bénigne de diagnostic facile ne nécessitant pas de consultation, de courte durée, spontanément résolutive.
- Traitement efficace sans effets indésirables.
- Traitement bref
- Présence d'une notice explicative.

II- Planifier une automédication contrôlée.

Responsabilisation à tous les niveaux :

- Le médecin : éducation et information du patient et interrogatoire du patient sur une éventuelle automédication.
- Le pharmacien : conseil et information sur les risques de l'automédication
- Le patient : automédication simple et de courte durée, prend conseil auprès de son pharmacien et informe son médecin de l'automédication.

III- Risques d'une automédication anarchique.

- Retard diagnostic
- Iatrogénie : accidents, interactions médicamenteuses

N°173 - PRESCRIPTION ET SURVEILLANCE DES ANTIBIOTIQUES.

I- Règles de prescription des antibiotiques :

- Simple ou double antibiothérapie
- Synergique bactéricide
- Après les prélèvements bactériologiques et avant les résultats
- Probabiliste dirigée contre les germes suspectés
- Secondairement adaptée à l'antibiogramme.
- A bonne diffusion…
- Voie d'administration
- En l'absence de contre-indication
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance clinique et biologique.

II- 4 Mécanismes de résistance des bactéries :

- Sécrétion d'une enzyme.
- Modification de la cible.
- Diminution de la perméabilité des enveloppes bactériennes.
- Efflux actif.

PRESCRIPTION ET SURVEILLANCE DES ANTI INFLAMMATOIRES STEROIDIENS ET NON STEROIDIENS N°174

I- Anti inflammatoires stéroïdiens : corticoïdes

-*Voie d'administration* : PO, IV, topiques, infiltrations

-*Contre indications* :

- Absolues : herpès, infection non contrôlée, HTA, psychose aiguë
- Relatives : ulcère gastro duodénal, diabète, psoriasis

-*Effets secondaires* : ostéoarticulaires, cutanés, digestifs, psychiatriques, endocriniens et métaboliques, hématologiques, infectieux, ophtalmologiques.

-*Les 7 mesures associées à la corticothérapie :*

- Information et éducation : pas d'arrêt brutal !
- Régime hypoglucidique, hyperprotidique, riche en calcium et vitamine D
- Supplémentation potassique
- Supplémentation calcique et vitamine D
- Bisphosphonate (Alendronate®) si dose>7, 5 mg/j pendant>3 semaines
- Eradication des foyers infectieux chroniques et de l'anguillulose (Ivermectine®)
- Surveillance :
  - Clinique : poids, TA, examen ophtalmologique
  - Paraclinique : kaliémie et glycémie à jeun.

-*Le sevrage en corticoïdes* : il est PROGRESSIF

- Jusqu'à 15 mg/j : diminuer de 10% de la dose tous les 10 j
- Entre 15 et 5 mg/j : diminuer de 1 mg/semaine
- A 5 mg/j : recherche d'une insuffisance surrénale+ test au synacthène :
  Test positif : hydrocortisone : 20 mg/j
  Test négatif : diminuer de 1mg / mois

II- Anti inflammatoires non stéroïdiens

-*Voie d'administration* : PO, IV, IM.

Le changement de voie d'administration ne change pas les effets secondaires !

Propriétés des AINS : antipyrétique, antalgique, antiagrégant, anti inflammatoire

-*Contre indications absolues* :

- Ulcère gastro duodénal
- Insuffisance hépatocellulaire
- Insuffisance rénale chronique
- Grossesse et allaitement
- Allergie

-*Effets secondaires* : ulcère gastro duodénal, neurosensoriels, rénaux, infectieux, syndrome de Lyell.

-Mesures associées aux AINS

- Education et information du patient
- Prévention des effets secondaires : oméprazole pour les patients > 65 ans, ou présentant un ATCD d'ulcère ou une intolérance aux AINS
- Absorption PO au cours du repas

-Surveillance.

N°175 - PRESCRIPTION ET SURVEILLANCE D'UN TRAITEMENT ANTI-THROMBOTIQUE

I- Héparine.

-Mode d'action : inhibition de l'antithrombine III.

-Modalités de prescription :

- Avant le traitement :
  - Vérifier l'absence d'ATCD d'allergie à l'héparine
  - Bilan : NFS, plaquettes, TP-TCA.
- Pendant le traitement surveillance de :
  - La tolérance :
    - ↪ Clinique : recherche de signes hémorragiques
    - ↪ Paraclinique : plaquettes 2 fois/semaine.
  - L'efficacité :
    - ↪ Clinique : disparition des signes pathologiques
    - ↪ Paraclinique :
      - → TCA 4 H après la 2ème injection pour HNF
      - → antiXa 4h après la 2ème injection pour HBPM si I.rénale, obésité, sujet âgé.

-Indications :

- Curative :
  - HNF : 500 UI/kg/j : IDM, embolie, AVC en phase aiguë pour un TCA entre 2-3.
  - HBPM :
    - ↪ Lovenox® 100 UI/kg x 2/j pour TVP, angor instable.
    - ↪ Innohep® 175 UI/kg/j pour l'embolie pulmonaire.
    - ↪ Pour une anti Xa entre 0, 5-1.
- Préventive :
  - HNF : 150 UI/kg/j
  - HBPM : Lovenox® 40 mg/j.

-Effets secondaires :

- URGENCE : thrombopénie à l'héparine :
    1. arrêt de l'héparine
    2. confirmer en urgence la thrombopénie sur EDTA
    3. recherche d'anticorps antiPF4
    4. débuter une héparinoïde de synthèse
    5. contre-indication à vie de l'héparine
    6. déclaration à la pharmacovigilance
- Hémorragie
- Ostéoporose
- Hyperkaliémie.

II- Anti-vitamine K.

-Mode d'action : inhibent la synthèse des facteurs vit K dépendants II, VII, IX, X, protéine C et S)

Relais héparine-AVK :

- Avant : éliminer les contre-indications
- Début :
    - Relais précoce à J0 et INR 48 à 72h après début des AVK
    - Poursuivre l'héparine à dose efficace jusqu'à l'obtention d'une INR en zone thérapeutique.
- Modification de la dose par 1/4 de comprimé.
- Arrêt de l'héparine après le 2ème INR efficace
- Surveillance : INR 1/semaine jusqu'à stabilisation, puis 1/mois.
- Carte et carnet de surveillance.
- Education et information sur : contre indication aux injections IM, aux sports violents, aux aliments riches en vitamine K ; information du dentiste.

-Indications :

- Maladie thromboembolique INR [2-3]
- Fibrillation auriculaire
- Prothèse valvulaire cardiaque

-Effets secondaires : hémorragies voir N°182.

III- Thrombolytiques.

-Modalités de prescription : altéplase : Reopro®

- Pour l'IDM : 15mg en IVD puis 0,75mg/kg/30mn puis 0,5mg/kg/h
- Pour l'EP : 90mg en 120minutes.

-Indications : IDM<6h, embolie pulmonaire massive et instabilité hémodynamique.

-Effets secondaires : hémorragies, allergies.

PRESCRIPTION ET SURVEILLANCE DES DIURETIQUES N°176

	Diurétique de l'anse furosémide	Thiazidique Hydrochlorothiazide	Antialdostérone Spironolactone
Indication	OAP, œdèmes, I. rénale	HTA, œdème, hyper calciurie idiopathique	HTA, œdème avec hyperaldo IIr hypokaliémie, hyperaldo Ir
Effets secondaires	Hypokaliémie DEC Augmentation glycémie lipides Hyper uricémie	Hypokaliémie Hypo natrémie Hyper uricémie DEC	Hyperkaliémie Effets endocriniens chez l'homme
Contre-indication	IHC, hypokaliémie, allergie aux sulfamides I. rénale obstructive grossesse	IHC, I. rénale Allergie aux sulfamides Grossesse	IHC, I. rénale. Hyperkaliémie Grossesse Troubles graves de la conduction auriculo-ventriculaire
Précaution d'emploi	Surveillance : Clinique : poids, TA, déshydratation. Bio : K+, natrémie, créatininémie Interaction avec les médicaments hypokaliémiants	Surveillance : Idem furosémide.	fonction rénale et hépatique Préthérapeutique Surveillance clinique et de la kaliémie

= sulfamide diurétique
(-) réab NaCl
(+) excrét° K+, Na+, Ca
utilisé pr IR avancée (Cl < 50)
act° rapide, brève
effet vasodilat veineux.
: natriurétique.

= sulfamide diurét) idem

= diurétiques épargneurs de K+
action anti-minéralocorticoïde retardée.
effet . natriurétique.
. antihypertenseur

N°177 - PRESCRIPTION ET SURVEILLANCE DES PSYCHOTROPES.

I- Antidépresseurs

-Contre-indications

- Antidépresseurs tricycliques :
  - adénome de prostate
  - glaucome à angle fermé
  - troubles cardiaques
  - association aux IMAO

-Effets secondaires :

- Antidépresseurs tricycliques :
  - effets anticholinergiques
  - hypotension, troubles de la conduction intra-cardiaque
  - virage maniaque et levée d'inhibition
  - prise de poids.

- Antidépresseurs IRS :
  - Syndrome sérotoninergique : confusion, tremblements, rigidité, signes neurovégétatifs.

-Modalités de prescription :

- Bilan Préthérapeutique : Cf. neuroleptiques.
- Augmentation progressive des doses. Durée du traitement = 6 mois.
- Ex : clomipramine (Anafranil®) au début IV puis relais PO.
- Prévention de la levée d'inhibition : neuroleptiques.

II- Thymorégulateurs

-Contre-indications :

- Insuffisance rénale sévère, régime désodé, hypo natrémie
- Insuffisance hépatique sévère, AVC, tumeurs cérébrales
- Grossesse.
- Hypothyroïdie.

-Effets secondaires : tremblement et prise de poids.

-Modalités :

- Bilan pré-lithium :
  - Clinique : élimination des contre-indications
  - Paraclinique : clairance de la créatinine, iono sang, protéinurie, ECG, TSH, T4, NFS, Glycémie, calcémie, β HCG.
  - Information au patient.

- Pendant :
  - dosage de la lithiémie à J4,
  - augmentation progressive jusqu'à obtention d'une lithémie efficace.
  - lithémie efficace [0, 6-1mEq]
  - contraception orale
- Surveillance :
  - clinique : efficacité, tolérance (signes de surdosage : confusion, nausée vomissements, vertiges, tremblements)
  - paraclinique : créatininémie, lithémie, TSH 1 / mois.

III- Anxiolytiques.

-Contre-indications des benzodiazépines **:**

- Myasthénie
- Insuffisance respiratoire
- Allergie
- Grossesse
- Insuffisance hépatique

-Effets secondaires :

- Somnolence, hypotonie musculaire
- Potentialisation des effets de l'alcool
- Dépendance

-Modalités de prescription :

- Limitation de la prescription : 12 semaines à visée anxiolytique, 4 semaines à visée hypnotique.
- Arrêt progressif du traitement.

IV- Neuroleptiques

2 types : neuroleptiques typiques et atypiques

-Contre-indications :

- Antécédent de syndrome malin des neuroleptiques
- glaucome à angle fermé, adénome de la prostate, trouble du rythme cardiaque
- Grossesse, allaitement
- Maladie de Parkinson, épilepsie, insuffisance hépatique.

-Effets secondaires :

- Psychiatriques : indifférence psychomotrice.
- Neurologiques : syndrome extrapyramidal, dystonie, dyskinésie.
- Endocriniens : aménorrhée galactorrhée, prise de poids.
- Neurovégétatifs : hypotension orthostatique, effets anticholinergiques.
- Syndrome malin des neuroleptiques (fièvre, contracture, syndrome extra-pyramidal : arrêt en urgence des neuroleptiques.),

-Modalités de prescription :

- Bilan Préthérapeutique :
  - clinique : Poids, TA, examen ophtalmo et neurologique.
  - paraclinique : NFS, BHC, ECG, EEG.

Ex : olanzapine : zyprexa PO.

- Augmentation progressive des doses.
- Traitement correcteurs si besoin.
- Surveillance : efficacité, tolérance : T°C, dyskinésie, syndrome extrapyramidal.

TRANSFUSIONS SANGUINES ET PRODUITS DERIVES DU SANG : INDICATIONS, COMPLICATIONS - N°178

I- Modalités de prescriptions

- Transfusion de culots globulaires isogroupes isorhésus
- Après information et accord du patient par écrit.
- Après bilan prétransfusionnel : groupe ABO 2 déterminations, RAI< 3 jours, NFS-plq, TP-TCA, sérologies (HIV, HBV et HCV)
- 2 épreuves de compatibilité globulaire (Beth-vincent et Simonin) : règle des 4x2
- Dernière vérification au lit du patient
- Transfusion sous surveillance médicale : T°C, TA, pouls
- RAI à J8, sérologies post-transfusionnelles à 3 mois.
- Conservation indéfinie du dossier transfusionnel.

II- 4 types de complications

- Immunologiques :
  - hémolyse aiguë par incompatibilité ABO
  - hémolyse retardée, syndrome frissons-hyperthermie
- Infections :
  - choc septique
  - virus, parasitose
- Surcharge :
  - OAP, hypocalcémie, hémochromatose
- Choc anaphylactique.

III- 6 gestes : conduite à tenir en cas de mauvaise tolérance

1. Arrêt de la transfusion
2. Traitement du choc
3. Vérification au lit du patient de la compatibilité
4. Envoi de la poche et du sang du patient pour : bilan d'hémolyse (haptoglobine, bilirubine, créatinine, ionogramme, LDH, NFS plaquettes, frottis sanguin, test de Coombs direct, RAI), de CIVD, bilan infectieux.
5. Antibiothérapie à large spectre en cas d'infection
6. Prévenir l'hémovigilance et l'établissement français du sang.

IV- Hémovigilance : 3 rôles :

- Traçabilité
- Coopération entre établissement de soins et centre de transfusion
- Education du personnel soignant

N°179 - PRESCRIPTION D'UN REGIME DIETETIQUE

- Définir un objectif pondéral : perte de 5 à 15% du poids en 6 mois
- Régime adapté au patient : enquête alimentaire
- Education alimentaire
- Définir le régime : hypo/normo/hypercalorique
- Equilibré : 50% de glucides, 30% de lipides, 20% de protides
- 1, 5 litres d'eau par jour
- Activité physique régulière
- Soutien psychologique
- Surveillance : efficacité : perte de poids, tolérance, complication, état psychique
- Connaître les équivalences :
- 1g protides=1g glucides=4 Kcal, 1g lipides=9Kcal, 1g alcool=7Kcal

N°180 - PRESCRIPTION D'UNE CURE THERMALE

I- Modalités de prescription

- S'assurer de l'absence de contre-indication
- Déterminer l'emplacement de la cure
- Demande d'accord préalable auprès de la sécurité sociale en remplissant un formulaire sur orientation thérapeutique.
- 1/3 des frais sont pris en charge par l'assurance maladie pendant 3 semaines.

II- Contre-indications

- Affections sévères cardiologiques, neurologiques, respiratoires et tumorales.
- Rhumatisme inflammatoire en poussée.

III- Indications

- Affections rhumatismales : lombalgies chroniques+++
- Pathologie pulmonaire et ORL
- Dermatoses squameuses chroniques

IATROGENIE : DIAGNOSTIC ET PREVENTION - N°181

I- Manifestations cliniques

- Les plus fréquentes :
  - Allergies cutanées
  - Troubles digestifs
  - Hypotension artérielle orthostatique
  - Trouble de la vigilance et somnolence
- Les plus graves :
  - Hémorragies digestives
  - Choc anaphylactique
  - I. rénale aiguë
  - Troubles du rythme

II- Prévenir la iatrogénie

- Avant la prescription : évaluer bénéfices/risques, connaître interaction CI et terrain, adapter la posologie à la fonction rénale
- Pendant : rédaction claire et détaillée de l'ordonnance, éducation et information du patient sur effets secondaires et risques du traitement
- Après : surveillance efficacité/tolérance, réévaluer, déterminer l'imputabilité intrinsèque et extrinsèque, déclarer à la pharmacovigilance.

III- Pharmaco- et matériovigilance

- Matério-vigilance : surveille les incidents et risques liés aux matériaux.
- Pharmaco-vigilance : recueil et évaluation des effets secondaires d'un médicament post AMM. La déclaration des effets secondaires est obligatoire pour tout prescripteur et pharmacien.

FICHE DU MODULE 2 : REFLEXES

Toute femme enceinte qui consulte doit avoir :

- Clinique :
  - Interrogatoire :
    - ↪ SFU
    - ↪ Contractions utérines
    - ↪ Métrorragies
    - ↪ Mouvements actifs fœtaux
  - Physique :
    - ↪ TA
    - ↪ Poids
    - ↪ BU
    - ↪ HU
    - ↪ TV
    - ↪ RCF

Tout saignement de la femme enceinte : gamma anti D

Toute fièvre de la femme enceinte :

- NFS,
- CRP,
- PV,
- ECBU.
- Hémoculture avec recherche de listéria.

FICHE DU MODULE 3

En psychiatrie toujours :

- Eliminer l'organicité
- Préciser les modalités d'hospitalisation : HDT, HO.
- Prévention du risque suicidaire
- Chimiothérapie
- Psychothérapie
- Sociothérapie
- Surveillance

Chez l'enfant : ne pas oublier :

- Carnet de santé et vaccination
- Accord parental
- Antipyrétiques en cas de fièvre
- Signes de gravité : purpura et déshydratation
- Eviction scolaire

FICHE DU MODULE 9

Bilan vasculaire général : organes cibles

- Cerveau : auscultation carotidienne et examen neurologique, échodoppler des TSA+/-scanner cérébral
- Yeux : recherche d'une HTA, fond d'œil.
- Cœur : recherche de 5 signes fonctionnels cardio vasculaires, ECG, ETT, coronarographie.
- Rein : auscultation à la recherche d'un souffle lombaire et écho doppler rénal si souffle.
- Membres inférieurs : écho doppler artériel des membres inférieurs.
- Aorte : examen abdominal à la recherche d'une masse et auscultation à la recherche d'un souffle, échographie abdominale en cas d'anomalie de l'examen clinique
- Bilan d'une HTA : glycémie, à jeun, bilan lipidique, créatininémie, kaliémie, BU, hématocrite, hémoglobine

Prise en charge des FDRCV :

- Multidisciplinaire
- Education : arrêt du tabac, régime équilibré, sport régulier
- Médicaments : aspirine + statine +/- β bloquants
- Surveillance : observance, efficacité et tolérance.

FICHE DU MODULE 10

Bilan :

- Clinique : réalisation d'un SCHEMA DATE
  - Interrogatoire : FDR
  - Physique :
    - ↪ extension locale et loco régionale
    - ↪ Générale : adénopathies, hépatomégalie, TR recherchant un carcinome péritonéal
    - ↪ Recherche d'un cancer associé : ex : poumon et VADS.
- Paraclinique
  - Diagnostic positif : HISTOLOGIQUE
  - Extension
  - Préthérapeutique

Prise en charge : globale et multidisciplinaire

- Médicale
  - Symptomatique
  - Etiologique : palliative ou curative
- Psychologique : soutien.
- Sociale : 100%
- Surveillance clinique et paraclinique A VIE.

1 6 0 2 0 5

Achevé d'imprimier pour Noao Capital(e)
Tel 0141173173-en mai 2005